

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

UN PROCÉDÉ SIMPLE DE FERMETURE DE L'ORIFICE  
RETRO-AURICULAIRE PERSISTANT  
APRÈS GUÉRISON DE L'ÉVIDEMENT  
PETRO-MASTOÏDIEN <sup>(1)</sup>

Par **M. LERMOYEZ** et **G. MAHU**.

On discute toujours, — et nul doute qu'on ne soit encore loin de s'accorder à ce sujet, — à l'effet de déterminer s'il vaut mieux, comme dernier temps de l'évidement pétro-mastoïdien, réunir par une suture immédiate la plaie rétro-auriculaire ou maintenir cette ouverture béante pendant un temps plus ou moins long, pour mieux surveiller l'épidermisation de l'oreille. Aussi bien, n'entamerons-nous pas ici cette controverse, désireux de concentrer notre attention sur un point de technique opératoire limité, qui a trait à un procédé autoplastique très simple pour la fermeture tardive des orifices rétro-auriculaires dits persistants.

Aujourd'hui encore, bien que la réunion postérieure immédiate compte des partisans de plus en plus nombreux, il existe en circulation pas mal d'évidés guéris qui portent derrière l'oreille une large fistule cutanisée, véritable conduit auditif mastoïdien de suppléance ; certains d'entre eux datent encore des débuts de l'opération radicale et sont les reliquats de procédés qui subordonnaient l'élégance à la sécurité. D'autres, en assez grand nombre, sont journellement émis par des auristes qui ne pensent pas qu'à des conditions opératoires aussi variées que celles qu'offre l'otorrhée, une seule technique invariable et systématique puisse suffire. En tous cas, quoiqu'on

(1) Communication à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie. Session de mai 1901.

en pense ou qu'on en dise, ces larges méats contre nature (*fig. 1*) se voient et se verront longtemps encore.

Or, si l'on peut discuter sur l'opportunité de fermer l'ouverture mastoïdienne, quand les cavités élargies de l'oreille moyenne sont en plein travail de bourgeonnement, nous ne



Fig. 1. — Type d'évidé avec orifice rétro-auriculaire persistant

pensons pas que cette controverse ait sa raison d'être quand il s'agit d'accepter la fermeture définitive de l'orifice rétro-auriculaire après guérison, lorsque toute la cavité opératoire est épidermée, et qu'elle ne réclame plus qu'une surveillance rare et facile. Pour notre part, malgré les restrictions de

Passow et de Trautmann, nous pensons qu'il arrive chez tous les évidés guéris un moment où l'on peut et l'on doit supprimer la disgracieuse déformation dont la chirurgie auriculaire leur a fait payer la guérison de leur otorrhée. Sur ce point, notre opinion est arrêtée.

Dès lors deux questions se posent : pourquoi faut-il fermer l'orifice rétro-auriculaire ? et quand faut-il le fermer ?

\*  
\* \*

*Pourquoi faut-il fermer l'orifice retro-auriculaire ? —*  
1° D'abord parce que c'est une déformation disgracieuse. Du jour où, par suite des progrès de la guérison, cette lucarne de contrôle n'a plus sa raison d'être, elle peut disparaître. Elle fait, en effet, de son porteur un objet de curiosité peu bienveillante et l'oblige à répondre incessamment aux mêmes interrogations. Le patient ne manque pas d'y mettre un bouchon d'ouate, ce qui n'en attire que plus encore la curiosité du public, lequel se demande par quel mystère du coton peut sortir de la tête en cet endroit. Les femmes ont au moins la ressource d'adopter une coiffure qui recouvre l'oreille ; mais vienne le moment inévitable où le bandeau sera soulevé, et l'histoire de l'oreille devra encore être racontée.

Trautmann nous dit qu'il éprouve d'ordinaire une grande résistance à obtenir de ses malades le consentement à cette fermeture tardive ; et que ceux qui ont subi l'épreuve des longs pansements de l'opération radicale sont trop heureux d'être enfin délivrés de la chirurgie pour vouloir s'y soumettre encore, alors même qu'on leur explique qu'il s'agit cette fois d'une opération insignifiante, suivie seulement de peu de jours de soins. La coquetterie serait, chez les femmes, le meilleur agent de persuasion. Nous n'avons pas rencontré pareille opposition de la part de nos anciens opérés ; tout au contraire, avons-nous eu à modérer leur impatience de reprendre leur forme première, de façon à attendre la période où cela put être fait sans danger.

D'ailleurs, cette déformation rétro-auriculaire n'est pas sans causer à celui qui la porte des ennuis professionnels :

c'est une infirmité très en vue, peu séduisante, qui laisse pour le vulgaire la porte ouverte à maintes suppositions déplaisantes, et crée, en un mot, une infériorité sociale évidente ; une femme, ainsi déparée, trouve un accès plus difficile aux professions d'intérieur dont elle a besoin pour vivre.

2<sup>e</sup> Une seconde raison de fermeture, — non plus sociale, mais hygiénique, — est que cette large brèche expose aisément le fond de l'oreille aux injures extérieures. Les cheveux, les pellicules de la tête pénètrent dans la cavité auriculaire ; celle-ci devient le réceptacle des détrit<sup>us</sup> du cuir chevelu, n'ayant pas, comme le conduit, un pavillon qui lui sert d'auvent : et, pour cette raison, souvent il se produit des réinfections auriculaires, qui cessent quand on ferme en arrière la porte aux contaminations.

Nous avons même observé chez une de nos malades (Obs. III) porteur d'un large orifice d'évidement, que l'arrivée brusque de l'air par la fenêtre postérieure, au moment du retrait du coton obturateur, amenait un petit accès de vertige, en frappant directement l'étrier, demeuré mobile sous une mince couche épidermique ; cet inconvénient cessa après la fermeture de cet orifice, quand la circulation de l'air ne put plus se faire que par le seul conduit.

Ainsi donc, les inconvénients de la persistance indéfinie d'un orifice rétro-auriculaire après la guérison de l'otorrhée sont incontestables. C'est là même un point que l'auriste ne doit pas perdre de vue pendant qu'il opère ; il doit, en évitant le rocher, s'attacher à faire une brèche osseuse aussi réduite que possible et ne pas sacrifier inutilement une trop grande masse d'os sain dans le seul but de se donner du jour : car ses aises d'une heure vaudront ensuite au malade des mois de contrariétés.

\*  
\*  
\*

*Quand faut-il fermer l'orifice rétro-auriculaire ?* — Puisque l'orifice rétro-auriculaire n'a été maintenu béant que pour pouvoir mieux surveiller le travail de réparation et la marche de l'épidermisation, il va sans dire que l'on ne songera à le



fermer que quand on se sera bien convaincu que la guérison est définitive.

Or, en cette question de la cure radicale de l'otorrhée, beaucoup d'auteurs ont le tort d'envisager en bloc les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de séparer les faits de simple ostéite chronique des cas de cholestéatome. En l'espèce, surtout, nous allons voir que cette distinction s'impose.

A. — L'évidement pétro-mastoïdien a-t-il été fait pour une *ostéite chronique* ? il donnera presque à coup sûr une guérison complète et durable. En ce cas, on pourra toujours à un moment donné fermer sans crainte l'orifice rétro-auriculaire. La guérison s'affirme par ces deux signes : 1° qu'il n'y a plus aucune récurrence de suppuration ; 2° que l'épiderme de la cavité opératoire est sec, solide et partout adhérent, qu'il ne subit pas une desquamation anormale, et qu'il n'est pas sujet à des poussées d'eczéma. Six mois d'observation suffisent : au bout de ce temps, si les conditions précitées se trouvent réalisées, on peut fermer.

B. — L'évidement pétro-mastoïdien a-t-il été fait pour un *cholestéatome* ? La guérison est plus incertaine. Passow va jusqu'à dire que « l'espoir qu'on avait conçu qu'une opération radicale empêcherait la récurrence du cholestéatome, ne s'est malheureusement pas réalisé ». Cependant, du fait de l'évidement, ces récurrences deviennent beaucoup plus rares, parce que l'élargissement opératoire des cavités de l'oreille moyenne : 1° a supprimé les récessus où la rétention épidermique aimait à se produire ; 2° a permis le libre accès de l'air sur toute l'étendue des cavités malades.

Ainsi donc, puisqu'on ne peut affirmer la guérison du cholestéatome comme on s'est assuré de celle de l'ostéite, on ne peut avancer qu'il soit invariablement permis de fermer la brèche rétro-auriculaire en ces cas. Chaque fait particulier impose une règle de conduite spéciale.

Un certain nombre d'éléments interviennent en cette décision :

a) *La largeur du méat et du conduit.* — Si ces voies naturelles sont larges, laissant une facile circulation d'air dans

l'oreille, et surtout si elles permettent de surveiller aisément avec le spéculum tous les points de la cavité opératoire, on pourra fermer.

b) *Le siège et le volume du cholestéatome.* — Les cholestéatomes petits, limités à l'attique et à l'aditus, ne craignent pas la fermeture. Ceux qui, volumineux, ont creusé l'apophyse mastoïde jusqu'aux confins du sinus latéral, exigeraient, au contraire, une perpétuelle surveillance rétro-auriculaire (Passow).

c) *La situation sociale des malades.* — S'agit-il de gens intelligents, bons observateurs d'eux-mêmes, capables de reconnaître les premiers signes d'une récurrence, et pouvant, à intervalles assez rapprochés, se soumettre à un examen otologique compétent ? On pourra fermer tranquillement. Dans les cas contraires, la prudence nous dicte une autre conduite.

A notre avis, cependant, la première et la troisième de ces conditions sont seules impérieuses. Nous ne croyons pas que, si elles sont remplies, la possibilité d'une récurrence circonscrite du cholestéatome puisse suffire à interdire la fermeture de l'orifice rétro-auriculaire chez les malades bien guéris. Et voici ce qui, à l'inverse de Passow et de Trautmann, nous détourne de cette intransigeance : c'est que souvent nous avons pratiqué la réunion rétro-auriculaire immédiate post-opératoire chez des cholestéatomateux sans avoir à nous en repentir dans la suite ; chez deux d'entre eux, des récurrences se sont produites avec leur habituel syndrome de labyrinthisme ; et il nous a été très facile de découvrir par le méat les perles épidermiques de récurrence, de les enlever totalement à la curette, et d'obtenir ainsi une guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Mais, bien entendu, qui voudra fermer l'orifice postérieur permanent, chez un cholestéatomateux, devra soumettre celui-ci à une surveillance plus sévère et surtout beaucoup plus prolongée que s'il s'agissait d'une ostéite chronique guérie. Ce ne sont pas plusieurs mois, c'est parfois quelques années que doit durer la surveillance postérieure : pour nous, un an est un strict minimum. Il faut, pendant tout ce temps : 1° que le malade n'ait eu aucun accès de vertige même atténué ; 2° que

l'épiderme de la cavité soit demeuré intact, sans périodes d'irritation et même sans desquamation exagérée : car, ce renouvellement trop actif des couches superficielles du néo-épiderme, qui peut dire s'il marque seulement la fragilité de la peau nouvelle, ou s'il n'est pas la continuation de l'évolution cholestéatomateuse, modifiée par les conditions favorables d'aération et de non rétention où elle se produit maintenant ?

En cas d'incertitude de guérison d'un cholestéatome, attendre et savoir attendre encore avant de se décider à fermer pour toujours la brèche mastoïdienne, est la conduite qui s'impose.

\*  
\* \*

Divers procédés d'autoplastie ont été proposés pour fermer définitivement l'orifice rétro-auriculaire des évidés guéris. Tous ont un certain air de ressemblance : c'est qu'en effet la disposition de la région impose à l'opérateur des règles dont il ne peut se départir.

1° Et d'abord, le procédé banal, qui consiste à aviver les bords de l'orifice et à les suturer après les avoir rapprochés par glissement, ne saurait ici convenir. En effet, par une disposition rare dans l'organisme, la paroi d'occlusion que nous avons à établir ne sera pas en contact dans sa profondeur avec les tissus, mais elle aura à se mettre en rapport par ses deux faces avec l'air ambiant : si bien que la première condition que doit ici remplir tout procédé autoplastique, est de construire une paroi dont les deux faces soient épidermisées ou épidermisables.

2° En second lieu, il est interdit de se servir, pour confectionner les lambeaux, de la peau qui tapisse la cavité de l'oreille évidée. A ce niveau, le revêtement épidermique est beaucoup trop adhérent à l'os pour pouvoir être mobilisé : de plus, il a une vitalité très basse, et ne manquerait pas de se nécroser si on le détachait de la paroi qui le nourrit déjà très insuffisamment.

3° Enfin, une conséquence parfois bien disgracieuse de la persistance de l'orifice postérieur est que le pavillon de

l'oreille, n'ayant plus ses attaches postéro-supérieures, tend à tomber en bas et en avant ; si l'on regarde un tel évidé par derrière, on verra que son oreille opérée est plus basse que l'autre. Une bonne autoplastie doit corriger cette asymétrie.

4° Faut-il, pour fermer cette brèche, faire intervenir un lambeau cutané-osseux, ou même simplement cutanéopériosté de manière à assurer à l'occlusion la solidité d'une ossification secondaire ? Nous pensons que c'est là une complication inutile ; et d'ailleurs, dans le procédé personnel que nous recommandons, il nous semble que l'emploi d'un lambeau périosté, en amenant la formation de points d'ossification aberrants, pourrait nuire à la souplesse du pavillon rattaché.

Parmi les divers procédés d'autoplastie qui ont déjà été proposés en l'espèce, nous n'en retiendrons que quatre, ceux de Stacke, de Mosetig-Moorhof, de Passow et de Trautmann.

PROCÉDÉ DE STACKE. — Ce procédé, fort complexe, se propose de fermer l'orifice rétro-auriculaire à l'aide de deux lambeaux cutanés, accolés par leur face cruentée, de façon à constituer d'emblée une paroi d'occlusion à double face épidermique. Voici, très fidèlement traduite, la technique recommandée par Stacke.

On dessine au bistouri, tout contre l'orifice, un lambeau de même forme et de même grandeur, en ayant soin qu'il soit tangent à son bord, et de préférence à son bord postérieur. Ce point de tangence doit constituer un large pédicule, autour duquel on fait tourner le lambeau, après l'avoir détaché de la surface mastoïdienne. Ce lambeau ainsi rabattu ferme la brèche osseuse, en présentant sa face cutanée du côté de la cavité.

Le pourtour de l'orifice permanent est alors avivé, sauf au niveau pédicule du lambeau : puis, la périphérie du lambeau est suturée à la périphérie de l'orifice, les parties avivées venant de part et d'autre en contact : et cela est obtenu de cette manière que la partie cruentée du bord du lambeau soit traversée deux fois de telle façon que son épiderme ne soit pas compris dans l'anse du fil.

Cela fait, on taille un second lambeau cutané, beaucoup

plus grand, ayant en surface l'aire de la fistule et celle du premier lambeau. Il doit être tangent au bord inférieur de l'orifice : il sera plus épais que le précédent, comprenant, outre la peau, le périoste sous-jacent. Ce lambeau, dont le pédicule demande à être très large, sera tordu autour d'un axe frontal et appliqué, l'épiderme en dehors, sur les surfaces cruentées, de telle manière qu'on suture son bord antérieur au bord antérieur de l'orifice, et son bord postérieur au bord postérieur de la perte de substance laissée par le détachement du premier lambeau. Enfin, dans sa moitié antérieure, le grand lambeau sera encore fixé au petit lambeau par des points en matelas qui assureront l'affrontement exact de leurs surfaces avivées.

Il reste alors, à la partie inférieure de l'orifice, une surface osseuse dénudée, par suite du départ du grand lambeau cutanéopériosté : on laissera cette perte de substance se réparer par bourgeonnement, ou encore on pourra activer sa cicatrisation par une greffe de Thiersch.

On fera bien attention à ce que la peau du premier lambeau ne porte pas de cheveux, qui ultérieurement pousseraient dans la cavité de l'oreille et l'obstrueraient ; tandis qu'il est indifférent que les téguments du deuxième lambeau soient ou non pileux.

Stacke fait enfin remarquer que le second lambeau peut indifféremment être cutanéopériosté, ou cutanéopériostosseux, ce qui s'obtient en détachant au ciseau une mince lame de la corticale mastoïdienne adhérente au lambeau périosté.

PROCÉDÉ DE MOSETIG-MOORHOF. — Ce procédé rappelle celui de Stacke, tout en étant une simplification : il s'en distingue par la façon fort originale dont le lambeau d'occlusion est attaché aux bords de l'orifice rétro-auriculaire.

On dessine un lambeau cutané immédiatement au-dessous du bord inférieur de l'orifice, attendu que cet endroit se prête le mieux à l'autoplastie, et qu'il est dépourvu de cheveux : ce lambeau aura une surface un peu supérieure à l'aire de la fistule. Deux incisions concentriques et très superficielles limitent ce lambeau, traçant ainsi autour de lui une mince

bande circulaire, interrompue seulement au point de tangence avec l'orifice, car, en cet endroit, il faut lui laisser subsister un pédicule. Puis, au niveau de cette mince bande, on détache soigneusement l'épiderme seul, de manière à laisser autour du lambeau une circonférence avivée. On repasse ensuite le bistouri dans l'incision de contour la plus externe, en incisant cette fois jusqu'à l'aponévrose ; et, conduisant le bistouri à plat, on décolle ce lambeau de ses adhérences au périoste, en le libérant jusqu'au bord inférieur de la fistule, auquel il doit rester attaché par un pédicule aussi large que possible.

Dans un deuxième temps, on fait une incision qui péritomise toute la circonférence de l'orifice, sauf naturellement au niveau du bord inférieur qui forme le pédicule du lambeau : et, au lieu d'aviver de la façon ordinaire, on glisse le bistouri à plat, en profondeur, entre la peau et la paroi osseuse de la cavité d'évidement, de façon à les libérer l'une de l'autre sur une étendue de plusieurs millimètres.

Cela étant fait, on renverse le lambeau de bas en haut en le faisant tourner autour de son pédicule : dans cette position, sa face cutanée regarde en dedans, et son bord avivé correspond au pourtour de l'orifice rétro-auriculaire. On insinue alors la lèvre du lambeau dans la rainure qui circonscrit le bord de l'orifice, comme on sertirait un verre de montre dans le sillon de la monture qui l'enchasse. Quatre points de catgut fixent le lambeau dans sa nouvelle position.

Dès lors, la fistule est fermée ; mais il reste deux surfaces cruentées : la face externe du lambeau mobilisé, et l'aire mise à nu par son décollement. Celle-ci est aisément recouverte en suturant ses deux bords, après les avoir décollés pour permettre leur affrontement en ligne droite. Quant à la partie cruentée du lambeau, on peut la recouvrir immédiatement avec une greffe de Reverdin, à moins qu'on ne préfère, ce qui est plus simple, la laisser se cicatriser par bourgeonnement. Moselig-Moorhof considère cette technique comme moins compliquée que le procédé de Stacke à deux lambeaux superposés.

**PROCÉDÉ DE PASSOW.** — Après avoir éprouvé un certain nombre de difficultés, Passow a renoncé aux procédés à lambeaux os-

téoplastiques, et a adopté une technique qui lui paraît si simple, qu'il l'exécute sans chloroforme, en se bornant à anesthésier le bord de l'orifice rétro-auriculaire avec le procédé d'infiltration de Schleich. Il fait alors tout autour de l'orifice une incision ovalaire, à grand axe vertical, qui ne doit pas pénétrer dans l'entonnoir auriculaire. Cette incision va jusqu'à l'os. Il décolle avec le bistouri les deux lèvres cutanéopériostées de cet ovale : ce qui constitue quatre petits lambeaux, deux antérieurs, deux postérieurs, situés les uns en dehors, les autres en dedans de l'incision. Les lambeaux antéro-interne et postéro-interne sont mobilisés plus loin, s'il est nécessaire, refoulés vers l'intérieur, et suturés ensemble en affrontant leurs faces cruentées : c'est là un temps très délicat qui s'exécute à l'aide d'une aiguille de Bowmann modifiée. Puis les deux lambeaux externes sont suturés ensemble de la même manière.

La réunion a lieu par première intention, et donne une cicatrice insignifiante. Ce procédé a, en outre, sur les précédents l'avantage de corriger les déplacements du pavillon qui survivent à l'évidement pétro-mastoïdien.

PROCÉDÉ DE TRAUTMANN. — Trautmann a adopté le procédé de Passow, en lui faisant subir quelques modifications, qui ne sont pas une simplification. Au niveau des pôles supérieur et inférieur de l'orifice, deux incisions droites sont faites de dedans en dehors, d'une longueur d'un demi-centimètre, et mordant d'environ deux millimètres sur la cavité osseuse. Puis deux incisions semi-circulaires, l'une antérieure, l'autre postérieure, réunissent les deux premières, en se tenant à quelques millimètres en dehors de l'orifice. L'incision postérieure doit intéresser le périoste : l'antérieure s'arrête au périchondre. On a formé ainsi deux lambeaux, l'un, postéro-interne, qui sera détaché de l'os avec la rugine, l'autre, antéro-interne, mince et cutané, qu'on disséquera au bistouri. Enfin, on aura soin de décoller avec le bistouri glissé à plat, la lèvre cutanée postéro-externe du plan sous-jacent sur une étendue assez grande, pour lui permettre d'obéir à la traction exercée par les sutures.

Les deux lambeaux internes sont alors rabattus vers la ca-

vitité et affrontés par une suture au catgut fort compliquée, tandis que les deux lèvres externes sont simplement attirées et suturées en ligne avec des points séparés.

Ces divers procédés ont donné entre les mains de leurs inventeurs d'excellents résultats : toutefois, il nous ont paru passibles de certaines critiques, qui nous ont conduit à la recherche d'un procédé plus simple encore, attendu qu'il s'agit ici d'une autoplastie qui doit pouvoir être mise à la portée de tous les auristes et non pas seulement des chirurgiens entraînés aux interventions délicates.

Le procédé de Stacke et celui de Mosetig-Moorhof sont en effet tous deux d'une exécution difficile : dans le premier, il peut y avoir jusqu'à trois lambeaux à tailler, à affronter et à maintenir ; et une petite erreur de repérage amène facilement un insuccès. Dans le second procédé, la suture du bord du lambeau dans une rainure préparée à cet effet nous paraît une virtuosité opératoire non destinée à se mettre à la portée de tous. D'ailleurs ces procédés sont justiciables de trois critiques plus sérieuses : a) ils constituent comme un diaphragme tendu sur l'orifice d'évidement, ce qui ne doit pas être sans inconvénients pour le malade ; b) ils laissent une perte de substance et par suite une cicatrice sur une partie découverte du cou, qui peut, dans certaines circonstances, devenir disgracieuse ; c) enfin, inconvénient plus sérieux, ils ne relèvent pas le pavillon de l'oreille qui est demeuré abaissé depuis l'évidement.

Les procédés de Passow et de Trautmann sont préférables : leur exécution est moins complexe, et surtout ils corrigent la chute du pavillon ; néanmoins, ils offrent encore certaines difficultés, en particulier pour l'affrontement du lambeau profond, où la disposition des sutures exige un entraînement que ne possèdent pas toutes les mains otologiques.

En outre, pour les réaliser, il faut décoller dans une certaine étendue la peau qui tapisse l'entrée de la cavité osseuse, ce qui ne va pas sans quelques inconvénients quand on a, comme nous, affaire à des entonnoirs ayant près de deux centimètres de diamètre. Enfin, nous ne voyons pas la nécessité de faire intervenir le périoste pour cette réparation.



C'est pour ces différentes raisons que nous avons cherché à simplifier encore les techniques proposées avant nous : d'ailleurs, nous devons avouer que, lors de nos premiers essais, nous ignorions les publications de Trautmann et de Passow : et nous sommes heureux de voir que les auristes allemands faisaient parallèlement à nous des recherches inspirées par ce même désir de trouver un procédé de fermeture tout à fait simple. Or, nous pensons qu'il soit difficile de mettre en œuvre une technique moins compliquée que celle que nous vous présentons.

\*  
\* \*

**DESCRIPTION DE NOTRE PROCÉDÉ.** — Le malade étant endormi au chloroforme, on rase la région temporo-mastoidienne. Puis on assure l'asepsie des téguments, en s'appliquant à surtout désinfecter avec grand soin les anfractuosités du pavillon, et la cavité auriculaire : cette dernière, en particulier, demande un nettoyage très soigneux, mais prudent, qui n'éraïlle pas son épiderme fragile. Puis :

1° A la partie postérieure de l'orifice, on trace au bistouri sur la peau mastoïdienne, et sans intéresser le périoste, les incisions suivantes (*fig. 2*) : *a*) deux incisions, AB et DC, légèrement concaves et tangentes, l'une au bord supérieur, l'autre au bord inférieur de l'orifice ; *b*) à un demi-centimètre du bord postérieur de celui-ci, une autre incision, BC, verticale, qu'on raccorde avec les précédentes, de manière à former avec elles les trois côtés d'un trapèze à angles arrondis. On décolle ensuite du périoste le lambeau ainsi obtenu, et on rabat ce volet en avant, dans la cavité (*fig. 3*), en ayant soin d'en ébarber les angles, pour en éviter le plissement lors du rapprochement ultérieur. On poussera le décollement de ce lambeau à l'intérieur de la cavité aussi loin que le permettra la laxité de la peau, en évitant toutefois d'aller trop loin, car le pédicule cutané deviendrait ainsi trop mince pour assurer la bonne nutrition du lambeau rabattu. On a ainsi obtenu une première surface avivée, environ égale au double de l'aire comprise entre les trois incisions et le bord postérieur de l'orifice.

2° A la partie antérieure de ce même orifice, on dessine sur la face postérieure du pavillon, un quadrilatère complet A F E D, à angles également arrondis, et dont les petits côtés obliques inférieur et supérieur, A F et D E, doivent venir exactement se joindre en A et en D aux côtés du trapèze postérieur.

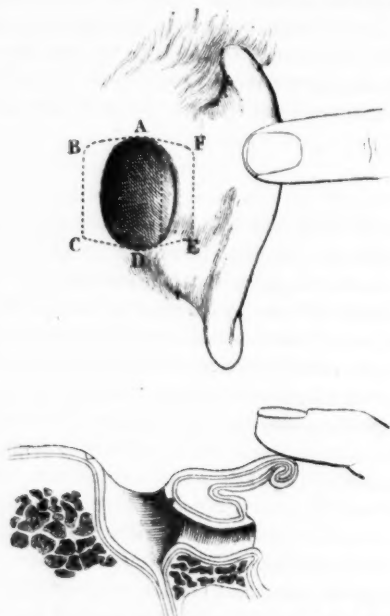


Fig. 2. — Tracé des lambeaux autoplastiques.

Dans cette planche comme dans les deux suivantes, la figure du bas représente la coupe horizontale de la figure du haut, à la hauteur du conduit.

L'emplacement du second quadrilatère sera déterminé de telle sorte qu'il couvre exactement les deux feuillets de la première surface cruentée, quand on ramène en arrière le pavillon dans sa position normale.

On détachera complètement le lambeau de peau ainsi obtenu, car il ne sert point dans l'autoplastie.

3° Mais comme le rapprochement forcé et le maintien en contact des surfaces cruentées exige une traction énergique du pavillon en arrière, il en résulterait forcément que les points de suture ainsi tirillés couperaient la peau, surtout sur le pavillon où elle est très mince. Pour empêcher cet accident, on

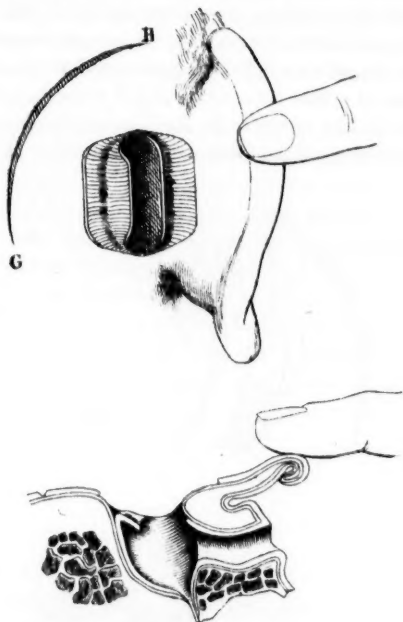


Fig. 3. — Rabattement du lambeau postérieur.

pratique en plein cuir chevelu, à 15 millimètres environ en haut et en arrière du tracé postérieur, une incision en arc de cercle (*fig. 3, G H.*) intéressant seulement la peau, destinée à permettre un meilleur glissement en bas et en avant des téguments mastoïdiens, qui se prêteront ainsi mieux au rapprochement final.

4° Cela fait, il ne reste plus qu'à rabattre le pavillon en ar-

rière et à affronter exactement les lignes A B C D et A F E D, à l'aide de quelques points séparés au crin de Florence.

L'accolement des parties cruentées doit être parfait dans toute leur étendue : il faut avoir bien soin de ne pas créer d'espace mort. Pour cela, après avoir bien nettoyé la cavité d'évidement des caillots qu'elle contient, à l'aide de porte-cotons convenablement recourbés, on la tamponne très exactement avec de petites mèches de gaze iodoformée, introduites par le méat, et conduites avec un stylet recourbé, de manière à appliquer la face cruentée du lambeau mastoïdien rabattu en volet, contre la paroi profonde des plans suturés (*fig. 4*).

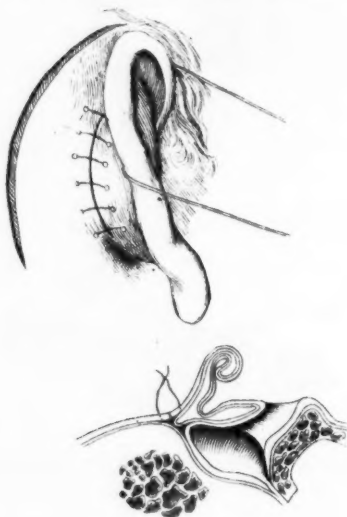


Fig. 4. — Suture finale.

Appliquer ensuite un pansement compressif sur la suture mastoïdienne : de telle sorte, en un mot, que la paroi de réparation, formée de deux plans cutanés accolés par leur face cruentée, soit maintenue serrée entre deux couches de gaze iodoformée, l'une interne, l'autre externe.

En outre, pour soulager l'effort de traction que les sutures imposent aux parties affrontées, on insinuera entre les lèvres de l'incision de secours G H, une mèche de gaze qui les maintienne très écartées.

L'opération finie, on a : 1° transformé l'entonnoir d'évidement en une cavité à revêtement cutané ininterrompu, qui ne communique plus avec l'extérieur que par le méat auditif ; 2° on a ramené définitivement le pavillon de l'oreille à sa situation normale.

Le premier pansement est levé ordinairement au bout de cinq jours : on le renouvelle sans modifications, sauf que l'incision de secours est maintenant pansée à plat. Trois jours après, deuxième pansement, au cours duquel on coupe les crins. De deux en deux jours, nouveaux pansements pendant lesquels on surveille surtout la cavité auriculaire. Au bout de huit à dix jours, la réunion du pavillon à la mastoïde doit être achevée par première intention, alors que l'incision de secours doit bourgeonner activement. Au bout de quinze jours, celle-ci est cicatrisée à son tour : il ne reste plus qu'à la protéger avec un peu de collodion, et à maintenir un tampon de coton à l'entrée du méat auditif.

\*  
\* \*

CRITIQUE DE NOS OBSERVATIONS. — Si l'on passe en revue les cinq observations qui suivent, on peut se rendre compte que, dans les trois premiers cas, le procédé que nous venons de décrire a été scrupuleusement appliqué, et que dans tous trois la réussite a été parfaite, malgré les dimensions considérables de l'orifice d'évidement.

La ligne de suture, d'ailleurs très peu apparente, se dissimule dans le sillon rétro-auriculaire reconstitué avec sa forme et en sa place normales : et l'incision de secours est bien masquée quand les cheveux ont repoussé.

Il est à remarquer que chez M<sup>lle</sup> M., les phénomènes labyrinthiques (vertiges et nausées) qui se produisaient par la simple arrivée directe de l'air sur l'étrier, quand on enlevait le bou-

hon d'ouate qui fermait l'orifice postérieur, ont totalement disparu.

Dans l'observation 4, on verra que nous avons essayé d'apporter un changement dans notre technique, en formant le volet rabattu, non plus avec les téguments mastoïdiens, mais avec la peau du pavillon, qui sur le moment semblait devoir se mieux prêter à un bon affrontement : en outre, pour diminuer l'effort de traction, nous avions libéré en son milieu la lèvre mastoïdienne, en la détachant du périoste sur une étendue d'un centimètre avec un bistouri glissé à plat. Ces modifications ont eu un résultat défavorable, qui nous a confirmés encore plus dans le maintien de notre première technique. Le décollement a donné trop de jeu à la lèvre mastoïdienne de la plaie, en lui permettant de se tendre sous la traction de la suture, en laissant au-dessous d'elle un espace mort, nuisible à l'accolement : quant au volet formé aux dépens de la peau du pavillon, il s'est sphacélé, trop mince pour être suffisamment nourri par son pédicule. Il en résulte qu'au cours des pansements, la plaie a bourgeonné, et que la réunion s'est faite secondairement en laissant subsister une petite fistule sèche de 2 à 3 millimètres de diamètre. Il sera, d'ailleurs, très facile de la fermer par le procédé élémentaire applicable aux orifices rétro-auriculaires de très petites dimensions (observ. 5.) : avivement des deux bords de l'orifice par deux incisions en croisant, et affrontement maintenu sans sutures par la compression simple du pansement.

..

#### OBSERVATIONS

OBS. 1. — M. D..., 56 ans, rentier, a subi un évidemment pétromastoidien, le 17 janvier 1897, à la suite de désordres causés dans la région auriculaire par un coup de revolver. La balle avait été extraite au cours de l'intervention. L'opération dut être reprise le 11 juin de la même année et les pansements furent longs et difficiles.

Le 28 mars 1898 seulement, la cavité était complètement épidermisée.

A différentes reprises, il se produisit de petites fistulettes, avec écoulement muco-purulent et purulent, aboutissant à des surfaces osseuses dénudées (partie postéro-supérieure de la cavité et orifice tubaire).

Redoutant la présence de quelques débris de corps étranger, l'un de nous pratiqua, le 15 décembre 1898, une exploration minutieuse à l'aide de l'appareil de Trouvé.

Un examen radioscopique fut fait par le Dr Leray, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine. Les résultats furent négatifs dans les deux cas.

Le malade, assez soigneux de sa personne, nous pria plusieurs fois de fermer l'orifice postérieur resté béant. En raison des petits accidents signalés plus haut, nous crûmes devoir attendre assez longtemps et ce n'est que le 2 décembre 1899, c'est-à-dire vingt mois après la guérison que nous nous décidâmes à pratiquer l'opération.

Celle-ci fut faite en suivant la technique opératoire ci-dessus décrite.

Le diamètre de la fistule était d'environ 18 millimètres.

Le 7 décembre 1899 c'est-à-dire cinq jours après l'opération, premier pansement. — Pas de douleur, ni de fièvre pendant cette période.

Ni douleur, ni gonflement au niveau des sutures qui ont toutes tenu sans trace de suppuration.

Pas d'apparence de périchondrite du côté du pavillon.

Pas de pus sur les mèches retirées de la cavité.

9 décembre. — On coupe les crins. Pas de pus. Réunion presque complète des lèvres de la plaie. A l'intérieur, le lambeau est parfaitement adhérent. A l'aide d'un miroir rétro-pharyngien de petit diamètre passé par le conduit dans l'intérieur de la cavité opératoire, on peut voir une ligne de réunion un peu rouge avec une seule gouttelette de pus à la partie supérieure.

15 décembre. — Une croûte bien adhérente s'est produite sur la ligne de suture.

Pas de pus.

Tout va bien à l'intérieur.

20 décembre. — Tout est fini. On enlève tout pansement.

Depuis cette date, le malade a été revu périodiquement et régulièrement suivi. Les cicatrices sont demeurées parfaites, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Des petits accidents se sont reproduits parfois à la région péritubaire, à la suite de coryzas aigus. Mais ils ont rapidement cédé en quelques jours à des pansements simples.

La cavité de l'évidement présente, à sa partie postérieure, un cul-de-sac d'où l'on a dû retirer, à plusieurs reprises, de grosses masses de cérumen amoncelé.

Les bourdonnements, dont le malade s'est toujours plaint depuis l'opération, sont restés les mêmes.

obs. II. — M<sup>me</sup> R..., Marguerite, 33 ans, concierge, est entrée le 18 février 1897, à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Lermoyez, pour une mastoïdite aiguë survenue au cours d'une otorrhée chronique du côté droit.

Le 4 mars suivant, évidement pétro-mastoidien.

Chez cette malade, difficile à soigner, les pansements, faits avec soin tous les deux jours et le plus souvent tous les jours, ne durèrent pas moins d'une année entière, car ce n'est que le 28 mars 1898 que la cavité opératoire fut complètement épidermisée.

Aucun accident ne survint au cours des deux années suivantes, malgré le manque de soins presque absolu de la part de la malade; et le 26 janvier 1900 celle-ci vint nous demander de fermer l'orifice postérieur de la plaie qui, chez elle, est large et mesure plus de 2 centimètres (*fig. 5*).

L'opération est faite en suivant les indications de notre procédé. Etant données les dimensions de l'orifice, les difficultés à vaincre sont plus grandes : on trace des lambeaux plus étendus et l'incision postérieure est dessinée en forme de croissant dont les cornes encadrent davantage l'ouverture afin de donner plus de jeu à la peau qui devra être fortement attirée en avant lorsqu'on réunira les surfaces cruentées.

L'affleurement présente, en effet, quelque difficulté, et la lèvre du côté pavillon tend à s'invaginer légèrement.

Par mesure de précaution, on laisse, entre les lèvres et à la partie inférieure de la plaie, une petite mèche de gaze iodoformée destinée au drainage.

Le 4<sup>er</sup> février, premier pansement. Les points de suture supérieurs ont assez bien tenu, quoique la réunion par première intention, n'ait pas été parfaite. Ce fait tient vraisemblablement aux deux causes suivantes : invagination de l'une des lèvres et insuffisance du serrage des points de suture dans la crainte de déchirer la peau mince du pavillon.



On constate la présence d'une petite quantité de pus sur la mèche inférieure que l'on enlève et qui n'est pas remplacée.

Nettoyage soigné de tout le champ y compris l'incision postérieure et l'intérieur de la cavité.

5 février. — Deuxième pansement.

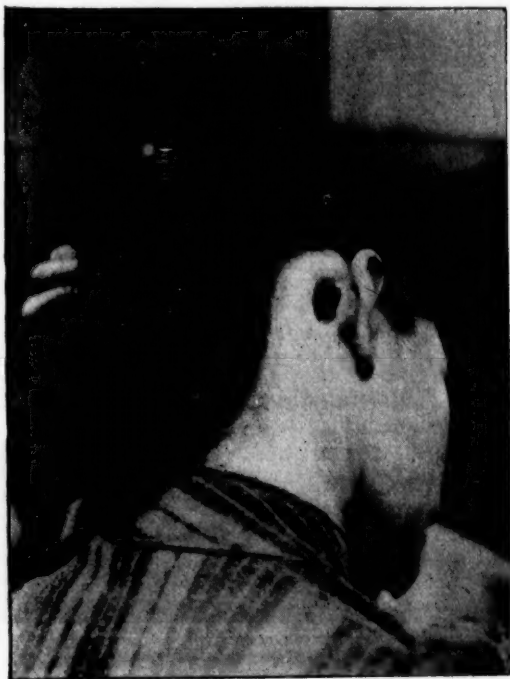


Fig. 5. — Malade de l'observation II : avant l'autoplastie.

La partie inférieure où se trouvait la mèche de gaze iodoformée est restée béante et les deux derniers points de suture inférieurs, qui n'ont pas tenu, sont enlevés. Les autres points ont tenu et sont laissés en place.

Tout va bien par ailleurs.

7 février. — Ablation des crins de Florence. Suppuration nulle en haut et légère en bas à l'endroit du décollement qui tend à se fermer secondairement par bourgeonnement des lèvres.



Fig. 6. — Malade de l'observation II : après l'autoplastie.

Les pansements furent continués régulièrement de deux en deux jours et le 15 février, c'est-à-dire vingt jours après l'opération tout était fini. La cicatrisation était complète tant au niveau de la suture que du côté de la plaie postérieure entièrement cachée par les cheveux.

Au point de vue plastique le résultat est très satisfaisant ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur la figure 6.

La malade a été suivie régulièrement depuis l'opération. Tout s'est maintenu en parfait état.

Les bourdonnements existant avant l'opération sont restés les mêmes.

OBS. III. — M<sup>lle</sup> M... Jane, 19 ans. — Otorrhée du côté gauche datant de l'enfance. Cholestéatome. Evidement pétro-mastoidien avec résection de la plus grande partie de la mastoïde le 6 juillet 1898.

Les pansements, faits en ville avec le plus grand soin, eurent une durée de quatre mois.

Le 3 décembre 1898 tout pansement était supprimé et la cavité entièrement épidermée.

A deux reprises différentes, suintements muco-purulents et purulents à la suite de coryzas aigus survenus au cours des deux hivers 1898-99 et 1899-1900 passés en province en dehors de notre surveillance.

Le séjour prolongé du pus dans la cavité insuffisamment nettoyée avait entraîné une destruction de l'épiderme sur une surface assez étendue et principalement dans la région péritumulaire.

D'autre part, M<sup>lle</sup> M... s'est plainte, à différentes reprises, de vertiges accompagnés de nausées et de maux de tête violents survenant chaque fois qu'on lavait la cavité, qu'on touchait le fond de caisse au stylet, ou même lorsqu'on enlevait simplement le tampon de coton obturant l'orifice postérieur et empêchant l'entrée de l'air froid dans la cavité.

C'est pour cette raison, et aussi pour la plastique, que la malade nous demanda de fermer l'orifice postérieur. Cet orifice assez grand et mesurant environ 18 millimètres de large, présente un bord postérieur dont la peau est entièrement cicatricielle par suite de la formation de lambeaux lors de l'évidement.

L'autoplastie fut faite sous chloroforme le 2 juillet 1900 d'après notre procédé.

Pas de fièvre à la suite de l'opération.

Le 7 juillet. — Premier pansement.

Pas une goutte de pus.

Le 10 juillet. — On enlève les crins.

La soudure est complète à la partie profonde et s'est effectuée par première intention sans aucune trace de suppuration.

Les pansements sont faits de deux en deux jours; et au bout de quinze jours la malade est débarrassée de tout pansement.

La ligne de suture présente une belle cicatrice.

Au cours des pansements, pas de traces de pus dans l'intérieur de la cavité. Le fond de caisse est resté absolument sec.

La cicatrice de l'incision postérieure cachée par les cheveux est absolument invisible.

Nous n'avons pas, depuis l'opération, perdu de vue M<sup>lle</sup> M... qui n'est jamais restée plus d'un mois sans venir nous voir. Tout est demeuré en parfait état.

Plus de vertiges, ni de nausées comme avant l'autoplastie.

Un seul petit inconvénient à noter chez cette malade : la présence de quelques cheveux qui ont poussé à l'intérieur de la cavité sur le volet cutané rabattu.

OBS. IV. — Le nommé P... Joseph, âgé de 45 ans et demi est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 20 février 1900 pour une mastoïdite survenue au cours d'une otorrhée gauche ancienne et compliquée de deux fistules, l'une mastoïdienne, l'autre s'ouvrant dans le conduit, sans cholestéatome.

L'évidement pétro-mastoïdien fut pratiqué le 2 mars et le malade sortit guéri de l'hôpital le 23 août 1900. A cette date, il n'existait plus aucune sécrétion ; la cavité était entièrement épidermisée.

Toutefois, l'aditus et l'antré étaient en grande partie comblés par un tissu fibreux solide sur lequel l'épiderme était bien assis.

Pas de bourdonnements ni de vertiges.

Six mois environ après la guérison, P... se présente à l'hôpital pour faire fermer l'orifice postérieur resté béant. Aucun accident n'est survenu depuis sa sortie.

Il existe actuellement, à la partie profonde de la cavité, un diaphragme grisâtre qui obture l'orifice tubaire.

Le 11 février l'autoplastie est faite sous le chloroforme en suivant, dans leur ensemble, les divers temps de notre opération.

Mais, en raison de la mauvaise qualité de la peau mastoïdienne qui est entièrement cicatricielle, surtout à sa partie postéro-inférieure, par suite de la formation de lambeaux de Kretschmann à la fin de l'évidement pétro-mastoïdien, nous crûmes devoir apporter au manuel opératoire les deux modifications suivantes :

1<sup>o</sup> Au lieu de rabattre en volet le lambeau mastoïdien, ce lambeau quadrilatère fut entièrement détaché ; et ce fut aux dépens de la peau du pavillon que fut formé le volet — en somme, manœuvre inverse de celle généralement adoptée.

2<sup>o</sup> Afin de faciliter davantage le glissement de la peau mastoi-

dienne lors du rapprochement définitif, on détacha par en dessous la surface sous-dermique correspondant aux cicatrices du périoste sous-jacent en passant la lame du bistouri entre ces deux surfaces.

Le pansement est fait comme de coutume avec, en plus, introduction d'une mèche de gaze iodoformée entre les lèvres de l'incision postérieure, afin de maintenir ces deux lèvres écartées l'une de l'autre.

Le lendemain de l'opération, le malade va très bien et on l'autorise à se lever.

*Le 16 février.* — Premier pansement.

Pas une goutte de pus, ni dans la cavité, ni au niveau des sutures. Mais il y a défaut de réunion des deux bords de la peau entre deux points correspondant exactement aux parties cicatricielles. On laisse les crins en place.

*Le 19 février.* — Deuxième pansement.

Pus abondant en dedans et en dehors au niveau des surfaces non réunies par première intention. Les trois points de suture médians ne tiennent plus. Le volet rabattu formé aux dépens de la peau du pavillon se sphacèle.

On enlève les crins, on lave avec précautions cavité et plaie superficielle avec une solution de cyanure de mercure à 1/1000. Badigeonnage de la plaie à la teinture d'iode. Pansement compressif de manière à réappliquer l'une sur l'autre les parties cruentées en présence et à produire secondairement leur soudure par bourgeonnement.

Des pansements analogues furent continués de deux en deux jours ; et le 10 mars, le malade sortit de l'hôpital guéri. La réunion des lèvres de la plaie s'est faite, sauf en un point. Il ne reste actuellement qu'un petit orifice arrondi de 3 ou 4 millimètres de diamètre au niveau de la peau cicatricielle, orifice caché par le pavillon ramené dans sa position normale.

Il sera d'ailleurs facile ultérieurement, si le malade en manifeste le désir, de compléter la fermeture en appliquant le procédé très simple employé chez M<sup>me</sup> P... (Observation V).

OBS. v. — M<sup>me</sup> P... Annette, 30 ans entre à l'hôpital le 13 mai 1900 est opérée le lendemain. Evidement pétro mastoïdien. Otorrhée gauche ancienne sans cholestéatome. Paralysie faciale. Abscès extradural.

Au cours des pansements, on a laissé l'orifice postérieur se rétrécir peu à peu.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1900, il ne reste plus qu'un léger suintement du fond de caisse. On ne voit ni on ne perçoit au toucher aucune fistule ni surface osseuse nécrosée. Les pansements simples qui restent à faire, peuvent être facilement pratiqués par le conduit auditif suffisamment large.

A la partie rétro-auriculaire persiste un petit orifice oblong, entièrement épidermisé, qui mesure à peine un centimètre de large sur son plus grand diamètre.

La fermeture de cet orifice est faite après application de chlorure d'éthyle, par le procédé très simple suivant :

Après désinfection soignée de tout le champ opératoire du pavillon et de la cavité, mise à nu en croissant de chaque lèvre de l'orifice, ces deux croissants, l'un mastoïdien, l'autre du côté du pavillon, se trouvant réunis par leurs cornes.

Vu les petites dimensions de l'orifice, on ne forme pas de volet, mais on détache entièrement et on enlève à la pince, après les avoir découpés, les deux lambeaux cutanés en respectant périoste et périchondre.

Application l'une sur l'autre, sans points de suture, des deux petites surfaces cruentées en remettant le pavillon dans sa position normale et en le maintenant ainsi à l'aide d'un pansement ouaté compressif solide.

Introduction par le conduit de petites mèches de gaze stérilisées bourrant la cavité opératoire.

Quatre jours après l'opération, *premier pansement*, le 5 décembre, les lèvres de la plaie se sont réunies par première intention.

Pansements simples renouvelés de 3 en 3 jours et ayant pour but l'aseptie de toute la région et le maintien de l'accollement des deux surfaces soudées.

Dix jours après l'opération, la malade était débarrassée de tout pansement extérieur.

---

## II

### CORPS ÉTRANGER ENCLAVÉ DANS LE PHARYNX DEPUIS QUATRE MOIS. RADIOSCOPIE. EXTRACTION

Par le professeur **GBERARDO FERRERI.**

Docent libre d'oto-rhino-laryngologie à l'Université Royale de Rome.

OBSERVATION. — C. A. âgé de 55 ans, habitant Rignano Flaminio, vient me consulter le 25 janvier 1901, porteur d'une lettre d'introduction du médecin traitant, me priant de lui dire si la tuméfaction qui s'est rapidement développée entre la cavité pharyngonasale et pharyngo-laryngienne en correspondance avec l'arc palatin postérieur droit, ne serait pas un néoplasme.

Quelque temps auparavant, le malade a fait une chute sur le nez et la bouche et les confrères exerçant dans la localité sont en désaccord sur la nature de la lésion. Le malade raconte qu'en descendant à la cave, le pied lui a manqué et qu'il a roulé dans l'escalier, sa tête frappant sur les marches ; mais comme il perdit connaissance, c'est seulement au bout de plusieurs heures qu'il se souvint de ce qui lui était arrivé.

Il se réveilla dans son lit et s'aperçut qu'on lui avait mis un tampon dans la narine droite.

Les médecins appelés d'urgence à son chevet soupçonnèrent immédiatement qu'il s'agissait d'une fracture du crâne, le malade étant dans un état syncopal et perdant du sang par le nez et par la bouche ; mais leurs craintes se dissipèrent promptement puisque le malade revint à lui en se plaignant uniquement d'une obstruction de la fosse nasale droite et d'une certaine gêne de la déglutition ; voix nettement nasonnée. La plupart de ces phénomènes rétrocédèrent rapidement et le malade put reprendre ses occupations habituelles, manger et boire sans éprouver de grandes difficultés.

Les douleurs relativement légères qui subsistèrent après le traumatisme ne troublant pas la quiétude du malade, il ne songea même plus à aller trouver les confrères qui l'avaient soigné ; deux

mois s'écoulèrent ainsi, pendant lesquels il ne déranger rien à son existence et continua même à fumer sa pipe, ce qui chez lui était une véritable manie. Toutefois certains incidents l'obligèrent à recourir de nouveau à l'avis des médecins, l'obstruction nasale s'accrut, la déglutition devint plus pénible, l'haleine répandait une odeur fétide spéciale et surtout le matin, le malade crachait des matières purulentes mêlées de sang.

A la suite de l'examen, on pensa à la présence d'une tumeur maligne rhino-pharyngienne au début et on prohiba absolument la fumée. Comme en dépit de l'observation stricte des prescriptions tant thérapeutiques, qu'hygiéniques et diététiques aucune amélioration ne se manifesta, le malade fatigué de voir cet état se prolonger, vint à Rome me consulter dans mon cabinet, environ quatre mois après la première atteinte de son affection.

A première vue, la malade, bien que maigre et pâle, semble bien constitué. Il n'a jamais été obligé de garder le lit pour une maladie grave et nie catégoriquement la spécificité.

Il est marié, et ses enfants sont en parfaite santé. Au point de vue héréditaire, nulle trace d'affections organiques ou néoplasiques. Invité à s'expliquer sur son état, le malade dit que sa narine droite est complètement oblitérée et devenue imperméable ; il accuse une sensation de corps étranger lui semblant augmenter quotidiennement de volume dans la partie droite du pharynx, qui non seulement entrave la déglutition, mais fait obstacle à la respiration lorsqu'il est étendu. Il est poursuivi par une odeur nauséabonde de corne brûlée ; bourdonnements dans l'oreille droite et abaissement progressif de l'audition ; le rhino-pharynx est envahi par une suppuration mêlée de sang. Jamais le malade n'a ressenti d'élancements dans l'oreille, ni observé d'abondantes hémorragies spontanées. Absence de ganglions hypertrophiés dans les régions sous-maxillaires et cervicales ; seule la pression digitale sur la région parotidienne droite est douloureuse ; les mouvements de latéralisation de la tête sont également pénibles.

A l'examen direct du pharynx, on remarque une tuméfaction prononcée sur la paroi postérieure de toute la moitié droite, jusqu'à la ligne médiane, mais dont la surface est pourtant lisse et offre l'aspect d'une muqueuse saine. En abaissant la langue, on s'aperçoit que l'infiltration descend presque au niveau de l'orifice laryngien, et que tandis qu'elle ne dépasse pas la ligne médiane du pharynx, elle englobe le pilier postérieur, en respectant la totalité de l'amygdale droite.



Après cocaïnisation, on procède à la rhinoscopie postérieure. J'observe immédiatement que sous l'action de la cocaïne, le volume de la tumeur se réduit notablement et en palpant, on reconnaît la consistance des tissus œdématisés à la suite de phlogoses. En soulevant l'arc palatin, avec le crochet de Voltolini, on voit aussitôt, sans même avoir besoin de miroir, sur la paroi postérieure droite, à la hauteur du bord inférieur de la choane, une tache sombre, à bords irréguliers et nécrosés telle qu'en produisent les blessures d'arme à feu. A l'exploration digitale, j'éprouve la sensation d'un corps étranger. L'introduction d'une sonde métallique à travers la tache confirme mon diagnostic; en enfonçant davantage la sonde elle pénètre dans un sinus granuleux laissant filtrer du sang, et j'arrive enfin à toucher un corps étranger impossible à mobiliser.

Pour être renseigné plus exactement sur le point d'arrêt du corps étranger, ainsi que sur la nature possible de la tuméfaction qui l'environne, j'introduis de nouveau l'extrémité charnue du doigt et je m'aperçois que les tissus se dépriment aisément, tandis qu'au milieu on sent nettement la fermeté du corps étranger. La facilité avec laquelle on comprime la tumeur s'explique en ce que sous l'influence de la cocaïne la volumineuse excroissance de la moitié droite de la paroi pharyngienne postérieure a diminué d'un bon tiers; aussi j'abandonne définitivement l'hypothèse d'une néoplasie et j'acquiesce à la conviction qu'il s'agit d'un processus réactif phlogistique développé autour d'un corps étranger. Toutefois comme on avait affaire à une région sur laquelle il ne faut opérer qu'après un diagnostic certain, je décidai de pratiquer la radiographie.

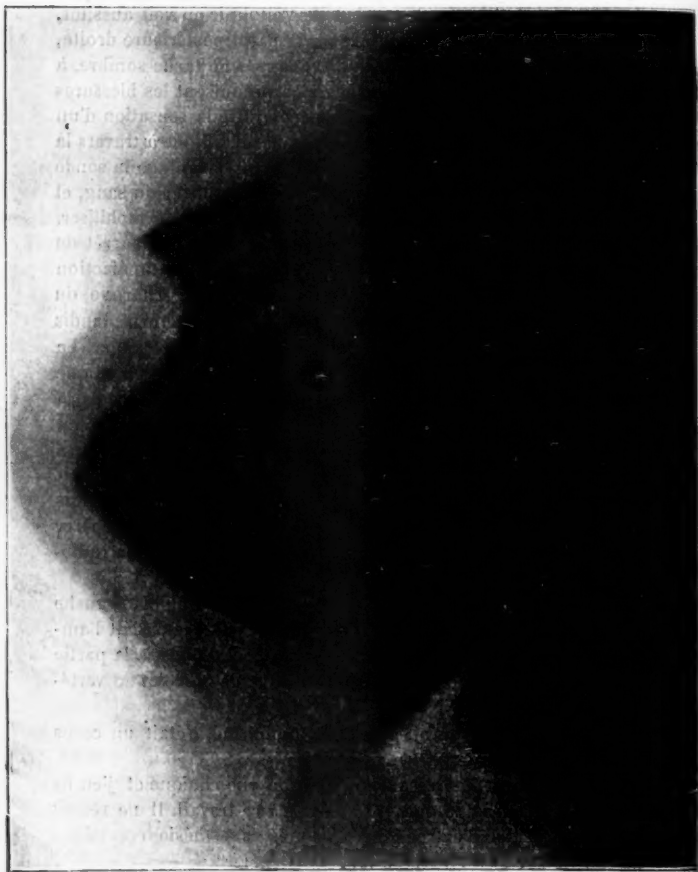
Pour cet examen, on appliqua l'écran fluorescent du côté gauche de la tête et du cou, tandis que le côté opposé regardait l'ampoule. On obtint l'image d'un corps étranger allongé, à la partie supérieure des tissus cervicaux, au voisinage de la colonne vertébrale.

Le diagnostic se trouvait pleinement confirmé, c'était un corps étranger fiché dans le pharynx.

Ce cas me parut intéressant au point de vue clinique et j'en fis faire une radiographie que j'ai annexée à ce travail. Il ne restait plus qu'à décider l'extraction, et après anesthésie cocaïnique profonde je passai à l'intervention.

On assit le malade, appuyé à un dossier un peu incliné, la tête fortement penchée en arrière et posée sur la poitrine de l'assistant, qui, de la main gauche, maintient abaissé le plancher de la bouche à l'aide de l'abaisse langue de Turck, tandis que de la

main droite, il soulève autant que possible le voile du palais au moyen du crochet de Sajous. J'arrive ainsi à distinguer la tache



à bords nécrosés et à fond obscur que j'ai décrite ci-dessus, et que je choisis comme point de départ d'une incision effectuée de haut

en bas avec un long bistouri boutonné et recourbé, en suivant à peu près le bord postérieur de l'arcade palatine jusqu'à l'extrémité inférieure de la tumeur. Je tamponne la plaie avec de la gaze imbibée de biodure d'hydrogène et j'arrête ainsi sans difficulté l'hémorragie assez abondante; après quoi, me guidant avec l'index de la main gauche, je saisis le corps étranger au voisinage de son extrémité inférieure avec une longue et solide pince. Il était tellement encastré qu'au cours des tractions répétées, la pince lâcha prise plusieurs fois, au point que pour avoir plus de force, lors de ma dernière tentative couronnée de succès, je me servis des deux mains et imprimai à l'instrument un mouvement de rotation en ayant soin de faire maintenir la tête du malade dans l'immobilité.

A ma grande surprise, je vis sortir de la plaie une embouchure en ambre mesurant 5 cent.  $1/2$  de long et 13 millimètres de large qui, évidemment, s'était détachée de l'endroit où elle est fixée au tuyau d'une pipe. Le malade perdit peu de sang; mais il demeura pendant quelques minutes profondément étourdi.

Pendant l'expiration, la plaie exhale une odeur délétère de pipe. Sitôt que le malade est remis de cette forte secousse, je prescris des irrigations chaudes et des gargarismes avec une solution de menthol salicylé à 1 0/0.

Pour abréger, j'omettrai la description des soins qui furent prolongés durant quelques jours pour supprimer l'état septique de la plaie pharyngienne, et réduire l'infiltration phlogistique qui s'était développée autour du corps étranger. Je ferai seulement observer que le galvano-cautère électrique a été le procédé le plus rapide pour éliminer promptement les tissus nécrosés environnant le corps étranger. Quinze jours après l'opération, le malade nous quitta totalement guéri et sans présenter nul trouble fonctionnel.

Pour compléter l'observation, il faudrait savoir comment le corps étranger a pénétré dans le pharynx? Souvenons-nous que le malade était tombé un jour, tenant la pipe entre ses dents. Quand on le releva évanoui, il ne put s'inquiéter du sort de sa pipe, et personne, par la suite, ne songea à rechercher l'embout, cause primitive et efficiente des troubles pharyngés et de la tuméfaction en cours d'évolution; l'infiltration consécutive des tissus, la phlogose, l'exulcération, tous accidents de nature inconnue pouvaient fort bien faire errer le diagnostic du côté d'un néoplasme.

CONSIDÉRATIONS. — Cette observation, importante en elle-même, aurait pu simplement compter parmi les contributions cliniques à la pathogénie des affections traumatiques du pharynx, mais je crois devoir y ajouter quelques remarques au point de vue du diagnostic des corps étrangers du rhino-pharynx et sur les erreurs possibles auxquelles peut donner lieu un examen superficiel.

Dans le « *Treatment* » (Vol. III, n° 24, 22 février 1900), on lit l'observation d'un scalpel enclavé dans la paroi naso-pharyngienne et postérieure pharyngée, mais il diffère du nôtre en ce que le corps étranger put être atteint par la voie où il avait pénétré, sans qu'on eut besoin de faire de graves mutilations, tandis que chez l'autre malade, on dut ouvrir une large brèche et détacher complètement le nez du maxillaire supérieur.

Ce fut la radiographie qui, dans les deux cas, servit à reconnaître le siège du corps étranger et révéla ses dimensions. Il est encore des incrédules ou des réfractaires qui refusent d'admettre l'utilité de la radioscopie au point de vue diagnostique et qui mettent à une dure épreuve l'habileté de l'observateur le plus au courant des lésions du nez, des sinus et du larynx ; quant à nous, édifiés par l'histoire de notre cas sur la valeur diagnostique des rayons Roentgen, nous affirmons qu'on serait inexcusable de repousser l'aide de la radioscopie chaque fois que dans un cas d'affection de la gorge ou du rhino-pharynx, l'anamnèse sera en faveur d'un rapport probable entre la maladie et un traumatisme antérieur.

La valeur de la radioscopie est mise en lumière d'une façon indiscutable par notre observation, où sans ce moyen d'investigation, étant donné la phlogose locale accentuée, on aurait peut-être perdu un temps précieux avant qu'un diagnostic exact ait pu guider la main du chirurgien.

Toute autre considération devra passer au second plan, en face du phénomène étrange que nous offre notre malade chez qui un corps étranger volumineux demeura accroché pour ainsi dire, à *fleur de tissu* dans une cavité si encline à s'infecter, sans causer de douleurs appréciables ni engendrer de symptômes morbides graves. En effet, le corps étranger était l'embout d'une vieille pipe saturée de nicotine. Ne pour-

rait-on déduire de là que le jus de tabac, joint à la salive, aurait certainement une action phlogistique irritante, et peut-être même nécrosante mais jamais septique ?

Toutefois, ce n'est pas tant l'absence d'infection de la plaie qui nous impressionna, que le fait du séjour prolongé d'un corps étranger aussi volumineux sans provoquer d'incidents sérieux, dans une région non seulement hérissée de périls par ses relations anatomiques avec les vaisseaux et les nerfs les plus importants, mais exposée et même presque découverte, vis-à-vis des agents nocifs.

Pour nous une seule explication est plausible : le changement de situation du corps étranger effectué avec le temps et très différent de ce qu'il était lors de sa pénétration. La pipe se rompit à l'endroit où l'embout s'ajuste au tuyau, et d'abord le corps étranger fut pris entre les mailles des muscles constricteurs du pharynx qui, peu à peu, par l'effet de leurs contractions spontanées ou provoquées par la déglutition, l'obligèrent à émigrer dans la portion plus déclive du pharynx.

À l'appui de notre assertion, nous citerons la petite plaie reconnue à l'examen rhinoscopique sur la paroi pharyngée, à la hauteur du bord inférieur de la choane droite, tandis que le sac renfermant le corps étranger et simulant une tumeur descendait très bas, vers la partie pharyngienne inférieure.

Cette plaie dénotait précisément le point de pénétration de l'embout qui d'abord se heurta en arrière à la résistance de la paroi pharyngée, s'élança vers le haut, et sans entrer en contact avec son embouchure atteignit la base du crâne, puis, soit pour les raisons susdites, ou à cause de sa gravité, redescendit se loger en bas.

Pour s'expliquer l'absence de formation d'un abcès durant les premiers jours qui suivirent le traumatisme, il faut considérer outre la stérilité de l'embout, le fait assez important que celui-ci avait rencontré beaucoup de résistance dans la tunique fibreuse du pharynx qu'il n'avait pu lacérer, et qu'ainsi il lui avait été impossible de pénétrer dans un des deux espaces pharyngo-maxillaires où existent les ganglions rétro-pharyngiens de Gillette qui, le plus souvent, donnent naissance à l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien.

PARALYSIE COMBINÉE DU LARYNX ET DU VOILE  
DU PALAIS. — ETUDE SUR L'INNERVATION MOTRICE  
DU LARYNX ET DU PHARYNX

*Travail lu en espagnol au troisième Congrès Pan-américain tenu à  
la Havane en février 1901.*

Par **C. M. DESVERNINE** (de la Havane), président de la  
section de Laryngologie.

Les hémiplegies laryngo-pharyngiennes homolatérales méritent une grande attention, parce qu'elles constituent une entité clinique bien définie, et que leur interprétation nosologique, aboutit nécessairement à l'examen du problème si controversé et si intéressant de l'innervation motrice du larynx et du voile du palais.

Malgré la publication, de temps à autre, de cas de cette nature, entre autres, par Schnell, Horne, Spicer, Dean, etc., leur véritable signification demeura ignorée, cette association paralytique ayant été interprétée comme le résultat de lésions multiples, intéressant d'une manière fortuite le nerf facial et le pneumogastrique ou l'accessoire de Willis.

Le travail d'Avellis, dans lequel il a pu réunir 11 cas de cette modalité clinique sur 150 laryngoplégies observées à la polyclinique du Prof. Schmidt à Francfort, dépouilla ce trouble paralytique du caractère accidentel, et, de ce groupe d'observations, étant donnés l'uniformité symptomatique et le grand nombre relatif des cas, on peut déduire qu'il doit exister, entre les facteurs générateurs, d'étroites relations d'ordre anatomique, ou physiologique, ou d'une autre nature ignorée.

Avellis, cependant, n'a pu fournir une interprétation satisfaisante de ses observations, étant imbu, du moins à l'époque de leur publication, de l'idée classique de l'ingérence prépon-

dérante du nerf facial dans l'innervation motrice du voile du palais.

L'observation que je vais rapporter me décida à aborder l'étude de la question si complexe de l'innervation du voile et du larynx, et l'occasion me semble des plus favorables pour soumettre à la discussion mon travail ainsi que les conclusions, anatomiques, physiologiques et cliniques qui se dégagent de l'analyse des données que j'ai pu réunir.

En juillet dernier, M. J. D., âgé de 48 ans, marié, cubain, exerçant la profession d'homme d'affaires, se présenta à ma consultation. Les antécédents de famille sont bons ; mais les antécédents personnels sont détestables : le malade est syphilitique et alcoolique invétéré.

Il vint me trouver pour une affection « rhumatismale » chronique qui, selon ses propres paroles, avait envahi sa gorge et son cou et produit des troubles graves de la phonation et de la déglutition avec déplacement de la tête vers le bas et à gauche.

L'affection « rhumatismale » datait de trois ans, et les phénomènes de la gorge, ainsi que la rotation de la tête remontaient à trois mois.

A l'examen du malade, je constatai un rhumatisme syphilitique ostéo-fibreux et des cicatrices gommeuses à l'extrémité inférieure droite.

Les symptômes dominants étaient les suivants : régurgitation des aliments par les fosses nasales, voix enrouée, bitonale discordante, avec le timbre de la *rhinolalie ouverte*, et torticolis avec rotation de la tête à gauche et vers le bas.

A l'examen du pharynx et du larynx, je découvris une paralysie complète de la moitié gauche des deux organes. Coloration du voile normale, sans cicatrices d'aucune espèce ; luette en position verticale ; côté gauche du voile inférieur au côté droit. Pendant la phonation, le côté droit du voile était relevé, le gauche restant immobile. La luette, au lieu de se contracter directement vers le haut, comme on le vérifie pendant la phonation à l'état normal, était invariablement rejetée vers le côté droit.

Dans le larynx, aucune altération de texture, pas même de vestiges d'un processus néoplasique ou autre.

Corde vocale gauche absolument immobile pendant la respiration et la phonation, en position cadavérique.

L'aryténoïde de ce côté, incliné en avant, faisait paraître la

corde correspondante plus courte que la corde droite. Pas d'atrophie.

Pendant l'émission du son, la corde vocale droite dépassait la ligne médiane pour se mettre en contact avec sa congénère, ce qui imprimait alors à la fente glottique une direction oblique d'avant en arrière, et de droite à gauche.

La sensibilité, contrôlée avec la sonde, était normale en ce qui concernait la perception consciente du voile et du larynx, mais il fut impossible de provoquer des mouvements réflexes du côté paralysé. Excitabilité électrique, faradique, atténuée dans les deux régions. En plaçant l'électrode dans le *sinus pyramidal* gauche, il fallait employer des courants beaucoup plus forts que du côté droit, pour faire basculer le cartilage aryénoïde en avant.

Excitabilité galvanique exagérée, avec un commencement de réaction de dégénérescence, c'est-à-dire que la contraction anodique d'ouverture s'obtenait avec la même force de courant qui provoquait la contraction cathodique de fermeture.

Mouvements de la face normaux ; olfaction et sensibilité gustative légèrement atténuées.

En outre, il existait un torticolis avec déviation de la tête à gauche et vers le bas, dû à l'impuissance fonctionnelle du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze claviculaire. Les réactions électriques de ces muscles étaient les mêmes que celles des muscles palatins et laryngiens.

Réaction idio-musculaire exagérée. Réaction pupillaire (lumière et accommodation) normale. Champ visuel normal pour toutes les couleurs ; mouvements des globes oculaires normaux. Le fond de l'œil ne fut pas examiné.

Audition sans altération perceptible pour la transmission aérienne et osseuse ; membranes tympaniques et oreille moyenne normales.

Réflexes généraux, superficiels et profonds normaux.

Pouls et respiration, sans altérations quantitatives ni qualitatives.

Absence du point douloureux d'Oppenheim au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Sensibilité tactile, thermique, stéréognostique, musculaire et articulaire normale.

Organes thoraciques et abdominaux ne présentant aucun trouble.

Fonction rectale et vésicale physiologique.



Etant donnés les antécédents du malade, il fut soumis immédiatement à un traitement antisypilitique énergique, et tous les phénomènes morbides disparurent graduellement jusqu'au rétablissement presque complet.

L'étiologie était nette chez ce malade, par ses antécédents, et le résultat du traitement la confirma; mais dans ce cas, comme pour ceux de même nature qui ont été observés, il faut se demander quels sont les éléments nerveux atteints, et quel est le siège de la lésion ou des lésions qui provoquent ces phénomènes.

En nous basant sur la notion généralement admise selon laquelle le nerf facial est l'élément nerveux le plus important pour la motilité du voile, il faudrait attribuer ce syndrome à des lésions multiples, atteignant, en quelque point de son trajet, le facial, pour expliquer les phénomènes palatins, et le pneumogastrique ou le spinal de Willis pour les symptômes laryngiens, suivant l'opinion émise à propos de l'innervation motrice du larynx.

Ceux qui considèrent le pneumogastrique comme le nerf moteur du larynx, doivent nécessairement admettre des lésions de ces *trois* trajets nerveux; le facial, le pneumogastrique et l'accessoire de Willis, pour expliquer les cas de cette catégorie quand il y a paralysie simultanée du trapèze claviculaire et du sterno-cléido-mastoïdien.

Laissant de côté, pour le moment, la question de l'innervation du larynx, il résulte de l'analyse rigoureuse des cas publiés, qu'il est impossible d'admettre aucune participation du facial dans l'akinésie du voile, quelle que soit l'hypothèse sur le siège de la lésion centrale (bulbaire) ou périphérique. En effet, pourquoi, en cas de lésion centrale (bulbaire) les autres branches du facial devraient-elles rester indemnes au point de vue de leur fonctionnement? Pourquoi verrait-on échapper invariablement aux conséquences de la lésion, le noyau de la sixième paire, qui, comme on le sait, est très voisin du noyau du facial, et étroitement circonscrit par ses fibres radiculaires au cours de leur trajet si compliqué intra-bulbaire?

Ce voisinage est en réalité si intime, que quelques auteurs

(Duval, Testut) admettent que les fascicules radiculaires du facial reçoivent un certain nombre de fibres du nerf de la sixième paire, et ils ont désigné cet ensemble sous le nom de « noyau d'origine du facial inférieur et du moteur oculaire externe ».

Cette constante exclusion de la sixième paire et la participation si fréquente du pneumogastrique ou de l'accessoire de Willis, suivant lequel de ces nerfs on assigne à la musculature laryngienne, est très difficile à expliquer. Il est vrai que, dans le bas, le noyau du facial est contigu au noyau ambigu ; mais il faut se souvenir que ce noyau ventral n'est pas seul à fournir les fibres motrices du pneumogastrique, et même, si nous admettons que ce nerf actionne la motilité laryngienne, il n'est pas démontré que ce noyau ventral projette toutes les fibres destinées à la musculature laryngienne, avec exclusion absolue de celles qui sont originaires du noyau dorsal.

Quant à l'accessoire de Willis, dont il faut tenir compte, car les opinions ont toujours été divisées sur le rôle de ce nerf et du pneumogastrique, au sujet de l'innervation laryngienne ainsi qu'à cause de sa distribution bien connue dans le trapèze claviculaire et le sterno-cléido-mastoïdien, la limite supérieure de ses noyaux d'origine médullaire correspond à l'angle inférieur du quatrième ventricule, où il perd son indépendance en se continuant avec le noyau dorsal du pneumogastrique, pour constituer le noyau dénommé « vago-spinal ».

En plus de ces données topographiques, qui entravent la solution du problème clinique, nous savons que chez les animaux qui ont une musculature faciale et pharyngienne analogue à celle de l'homme, le noyau du facial est constitué par une bande de substance grise enroulée sur elle-même concentriquement, et formée de groupes cellulaires parfaitement définis. Marinesco, dans ses récentes expériences, a pu assigner à chacun de ces groupes cellulaires le territoire musculaire qui lui appartient. Il a trouvé un groupe interne en relation avec le muscle de l'étrier et ceux du pavillon de l'oreille, un noyau postérieur pour la région faciale supérieure, un autre pour la région faciale inférieure, mais aucun noyau en relation avec les muscles du voile du palais.

Chez l'homme, cependant, d'après ce que nous enseignent presque tous les traités d'anatomie les plus autorisés, le grand nerf pétreux superficiel, branche qui tire son origine du ganglion géniculé, serait l'élément principal dans l'innervation motrice du voile, par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin.

Cette manière de voir, impossible à vérifier avec les méthodes de dissection employées dans l'anatomie descriptive, à cause de l'extraordinaire complication des plexus nerveux qu'il traverse et contribue à former, a pris naissance dans des préjugés *physiologiques* inexacts.

Dixon, récemment, en se basant sur les données de l'embryologie, de l'anatomie comparée et de la pathologie, a démontré que ce fascicule nerveux est constitué par des fibres exclusivement sensitives.

En effet, Dixon a pu vérifier que les prolongements cylindriques axiles des neurones qui entrent dans la constitution du ganglion géniculé, forment la majeure partie du grand nerf pétreux superficiel, et que ce ganglion appartient, non pas au facial, mais au nerf de Wrisberg, qui est, comme on le sait, depuis les recherches de Sapolini, un nerf sensitif.

La nature sensitive de ce ganglion, où prend origine le grand pétreux, ne peut être mise en doute. His et Martin ont trouvé dans ce ganglion, chez le fœtus humain, des cellules bipolaires, identiques aux cellules bipolaires qui constituent, à la période embryonnaire, tous les ganglions sensitifs cérébro-spinaux ; et Retzius a décrit, chez l'adulte, des cellules unipolaires identiques aux cellules unipolaires des ganglions sensitifs des mammifères adultes.

D'un autre côté, si l'on arrivait à démontrer l'entrecroisement partiel du facial, soutenu par des autorités comme Cajal, Lugaro et Marinesco, les difficultés augmenteraient, si possible, pour l'interprétation de ces hémiplegies homologues par des lésions unilatérales intra-bulbaires, étant donné que la distribution homolatérale de l'accessoire est hors de doute.

Quant au petit pétreux, on ne connaît pas sa destination définitive.

Donc, entre l'origine du facial en pleine région bulbaire, et

l'origine du vago spinal, située postérieurement et atteignant la limite inférieure du bulbe, la distance est grande et on ne trouve aucun fait ni aucune considération d'ordre anatomique ou pathogénique permettant d'expliquer la participation simultanée de ces noyaux pour produire la paralysie du voile et du larynx, avec ou sans participation du sterno cléido-mastoidien et du trapèze claviculaire.

Si nous abordons maintenant la discussion des cas d'origine périphérique, les plus fréquents, il est impossible de se rendre un compte exact du fait suivant :

Comment une seule lésion intra ou extra-cranienne peut-elle affecter conjointement ces seuls nerfs, et à l'exclusion de toute autre, étant donnés le siège séparé de leur émergence à la base de l'encéphale, et celui de leur issue à la base du crâne.

Même en acceptant l'hypothèse de l'existence de lésions multiples, qui, pour une cause quelconque, auraient de l'action sur ces troncs nerveux dans leurs trajets intra ou extra-craniens, comment nous expliquer alors l'immunité constante des deux expansions terminales du facial ? La lésion appartenant au facial, pour supprimer la fonction que l'on attribue à ses prétendues branches palatines, devrait affecter un point quelconque de son trajet, compris depuis sa sortie à la base de l'encéphale, jusqu'au ganglion géniculé inclusivement.

Dans cette région se trouvent réunies, en un seul cordon, toutes ses fibres constitutives, et cependant, dans toutes les observations connues d'hémiplégie pharyngo-laryngienne, la musculature de la face est demeurée indemne !

Ces considérations conduisent logiquement à l'exclusion de toute participation de la septième paire au syndrome en question ; mais on manque encore d'autres preuves pour lever les doutes qui pourraient persister sur le rôle attribuable à un autre élément nerveux, et que, par erreur on a imputés au facial dans le domaine anatomique, physiologique et pathologique.

A. Schmidt, dans son remarquable travail sur la pathologie de l'accessoire de Willis, arrive aux conclusions suivantes, d'après l'analyse la plus minutieuse des observations de Erb, Remak, Pel, Aronson, Stolz, Bernhardt, Israël, Martius, Seeligmüller et la sienne propre :

I. — Les lésions périphériques au ganglion plexiforme du pneumogastrique, limitées par conséquent, à la branche externe de l'accessoire, produisent la paralysie plus ou moins complète du trapèze claviculaire et du sterno-cléido-mastoïdien.

II. — Les lésions intra-craniennes situées entre le trou déchiré postérieur et le trou occipital, impliquant les deux branches du spinal, se révèlent par la paralysie du sterno-cléido-mastoïdien du trapèze claviculaire, et dans la moitié correspondante du voile palatin et du larynx.

III. — Les lésions sises dans le canal vertébral, dans la région radiculaire du spinal ou dans la moelle cervicale, produisent la paralysie de la branche externe, comme dans le premier groupe (trapèze et sterno-cléido-mastoïdien) et de plus, la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur.

Schlodtmann a consigné un cas de lésion traumatique de la base du crâne intéressant le spinal, et les symptômes furent : paralysie du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze, du voile du palais et du larynx.

M. Schmidt observa l'atrophie simultanée de tout ce groupe musculaire <sup>(1)</sup>. Etant donnée la proximité du noyau de l'hy-

(1) Après avoir présenté ce travail, je lis que le Dr C. Chauveau a communiqué au dernier Congrès de Paris (août 1900) un cas de paralysie hystérique de la corde vocale gauche avec parésie concomitante du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze du même côté, anesthésie et parésie du voile du palais.

Je ne connais pas les détails de l'observation, ni l'interprétation de l'auteur. L'observation doit être d'un grand intérêt, en tenant compte de la participation du voile du palais et de la faible tendance de l'hystérie à affecter le nerf facial, à tel point que Todd nia la participation de ce nerf à la symptomatologie de l'hystérie, opinion qui fut admise par Charcot, pendant quelque temps. Aujourd'hui étant prouvé que le facial peut être touché par cette névrose (forme centrale : Lombroso, Chantemesse, Ballet ; — forme périphérique : Garnier) je ne trouve, dans les observations classiques, aucune indication d'un état paralytique du voile du palais.

D'un autre côté, j'ai pu observer deux cas indiscutables de paralysie hystérique du voile, sans le moindre trouble des muscles de la face. La première observation se rapporte à la sœur d'un confrère, amoureuse et hémianesthésique ; la seconde, à une jeune négresse de la clientèle du Dr Fariche. Dans ces deux cas, les phénomènes palatins étaient intermittents.

poglosse de celui du vago-spinal, on pouvait prévoir que ces deux centres fussent entamés quelquefois par des lésions bulbaires en foyer.

Les observations de Hughlings Jackson et de S. Mackenzie appartiennent à cette modalité dans laquelle la paralysie du voile et du larynx est associée à une paralysie de la langue, et on devrait leur assigner le nom de type « Avellis Jackson ». On peut annexer aussi à ce groupe des cas d'origine périphérique.

Celui de Traumann est particulièrement intéressant : blessure à la base du crâne, par instrument pénétrant, affectant l'hypoglosse et le spinal. Quatre semaines après, paralysie de la moitié droite du voile, du larynx, de la langue, du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien.

Lermoyez publie l'histoire d'un cancer lingual propagé au pharynx et à la région parotidienne, avec hémiplegie gauche du voile et de la langue. A l'autopsie, on trouva complètement détruits, à la base du crâne, le spinal et l'hypoglosse. Le facial et le grand pétreux superficiel, examinés au microscope par de Massary, furent trouvés intacts.

Cet ensemble d'observations de paralysies palatines, sans qu'il y ait eu participation du facial, est très démonstratif, et n'est pas moins concluant pour nous démontrer que l'innervation motrice du voile et du larynx est uniforme, ces deux appareils musculaires se trouvant sous la dépendance du même nerf moteur : l'accessoire de Willis.

On connaît encore deux observations d'hyperkinésie de ce groupe musculaire, dues à Gerhardt et à Scheinmann. Dans la première, les troubles pharyngo-laryngiens étaient associés à des contractions synchroniques du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien ; la seconde est intéressante par son intensité, le nombre des convulsions étant de cent-soixante par minute.

Si, maintenant, je porte mon attention sur la pathologie et la clinique du nerf facial, je me heurte immédiatement à la formule classique, déclarant que toute lésion de ce nerf, située entre la base de l'encéphale et le ganglion géniculé, produit une paralysie des muscles faciaux et du voile du palais, du

même côté. Cependant, si l'on soumet à une analyse sévère les fondements de cette association paralytique que l'on a voulu rendre invariable quand il s'agit de lésions de la localisation indiquée, on a de sérieux motifs pour douter de son exactitude, et même pour rejeter ce schéma symptomatique.

Gowers discute le fait clinique, et il nous dit ne l'avoir pas observé sur plus de 400 cas de paralysies faciales périphériques, provoquées par des lésions situées sur différents points « Le fait le mieux établi », dit-il, « en rapport avec la paralysie du voile, est qu'elle est produite par des lésions du côté du bulbe affectant l'accessoire. »

Mc Bride montre le plus grand scepticisme à cet égard. H. Jackson, avec son immense expérience et son vaste savoir, dit n'avoir jamais vu cette combinaison paralytique, et il fait cette déclaration précisément à propos d'un cas de paralysie de la face et du voile, qui, au premier moment, parut confirmer cette loi clinique au sujet du facial. Dans ce cas, après un examen attentif, la paralysie faciale fut reconnue d'origine centrale.

Bastian s'éloigne aussi de cette manière de voir, et il trouve qu'il y a des motifs suffisants pour se prononcer d'une manière absolue contre les données cliniques invoquées. Il cite le cas de H. Jackson dans lequel V. Horsley extirpa totalement le ganglion de Meckel, la motilité du voile persistant après cette mutilation.

Cette observation a une valeur énorme, car elle réalise les conditions de la plus rigoureuse expérience physiologique, avec toutes les garanties possibles d'exactitude, étant donnée la compétence du neurologiste et du chirurgien qui prirent part à l'étude et à l'opération.

Personnellement, je n'ai jamais observé cette association paralytique du voile et de la face dans 5 cas de paralysie de Bell, de ma clientèle, et dans 9 cas observés dans des cliniques européennes.

Cette erreur singulière dérive des données inexactes fournies par la plupart des traités d'anatomie et de physiologie.

Si l'on examine le pharynx d'un grand nombre d'individus normaux, il n'est pas rare de rencontrer des asymétries du voile du palais.

Les causes en sont multiples : hypertrophies amygdaliennes, obstructions nasales, pharyngites atrophiques et hypertrophiques, etc., et il est impossible, quelquefois, de reconnaître la cause du phénomène.

La position de la luette est le fait qui attire le plus l'attention, quand on se trouve en présence d'une paralysie faciale périphérique, puisque sa déviation serait le signe révélateur de ce que la paralysie tire son origine du facial, avant le premier coude dans l'aqueduc de Fallope et de toutes les anomalies du voile, la plus fréquente est l'inclinaison latérale de cet appendice. Debrou signala ce fait. Cette déviation s'accroît très fréquemment, pendant l'émission des sons.

Les symptômes non équivoques de paralysie palatine sont : régurgitation nasale pendant la déglutition, voix ayant le timbre de la *rhinolalie ouverte*, passivité d'une moitié du voile, si la paralysie est unilatérale, et, dans certains cas, déviation de la luette du côté actif du voile, surtout pendant l'émission de sons laryngiens. L'attitude de la luette doit être attentivement étudiée, au point de vue de ses relations avec les autres muscles du voile, car, comme j'ai eu l'occasion de l'observer chez des individus bien portants, ayant la luette inclinée d'un côté, pendant la respiration normale, elle ne se rétracte pas toujours verticalement pendant la phonation, mais bien du côté de la déviation préexistante.

Si nous essayons de nous familiariser avec ces phénomènes anormaux de la motilité du voile non paralysé, on pourra les reconnaître lorsqu'ils coïncident avec des lésions du facial, et la participation du voile, dans les paralysies de ce nerf, finira par disparaître de la clinique.

Dans les cas authentiques de paralysie faciale et de paralysie du voile, tels que ceux de Diday, Cruveilhier, Montault, Longet, Show, Beard, Seguin, Hammond, etc., il faut nécessairement admettre des lésions pathogéniques multiples, des erreurs de diagnostic. Il faut se souvenir que, dans ces cas, deux facteurs d'une grande importance, sont demeurés méconnus : 1° l'état de l'oreille interne et moyenne ; 2° l'état des muscles du larynx.

Sans ces données il est difficile, impossible même, d'inter-



prêter correctement les cas de paralysies faciales périphériques, surtout lorsque le voile est affecté.

La paralysie faciale de nature otitique est si fréquente, que Deleau et Roche lui attribuèrent cette origine exclusive.

Quant aux phénomènes laryngiens, ils sont parfois tellement latents, qu'il est impossible de savoir ce qui se passe dans cet organe sans l'aide du miroir laryngoscopique.

Etant donnée l'importance capitale de ces deux facteurs, il n'est pas hasardeux de nier l'exactitude des observations sus-indiquées, vu les lacunes fondamentales de l'examen clinique.

L'erreur anatomo-clinique tire son origine d'une fausse interprétation physiologique de Longet.

Ce savant, en se basant sur les conséquences qui dérivent, pour l'olfaction et la gustation, de la paralysie des ailes du nez et du voile du palais, conçut qu'il était d'une logique inéluctable d'admettre, pour ces deux groupes musculaires, une même source de force motrice, et acceptant l'innervation des muscles dilateurs nasaux par la septième paire, il fut conduit, par ce raisonnement, à reconnaître pour les muscles du voile la même source motrice.

Il établit, en outre (1838), un rapprochement physiologique entre l'iris et le voile du palais (« appareil contractile intérieur ou profond »), c'est-à-dire qu'il voyait « dans ce dernier un moyen propre à nous défendre contre l'action d'odeurs désagréables, comme l'iris, qui en resserrant son ouverture, nous protège contre une lumière trop intense ».

La persistance de Longet dans cette voie est singulière en face de ses propres résultats expérimentaux, puisqu'il avoua, à l'exemple de Debrou et de tous ses devanciers, qu'il lui fut impossible d'obtenir des contractions du voile par l'excitation du nerf facial à la base du crâne.

Ce résultat négatif fut attribué par Longet à l'interposition du ganglion de Meckel dans le trajet des filaments destinés au voile.

Après Longet, aucun autre expérimentateur n'a pu obtenir de meilleurs résultats dans cette voie, et cet insuccès ne peut être expliqué par l'interruption des excitations du côté du ganglion sphéno-palatin, vu que ce ganglion appartient au

système sympathique. L'expérimentation ne nous montre pas une influence de nature inhibitoire aussi absolue, dans d'autres structures analogues, pour les excitations transmises par des fibres nerveuses du système cérébro-spinal.

Dans le territoire de l'origine apparente du vagus et de l'accessoire de Willis, il existe, au contraire, un groupe radiculaire qui répond aux excitations, d'une manière constante, par des contractions énergiques du voile du palais, du même côté. C'est un fait constaté par tous les observateurs, et facile à vérifier. Les difficultés et les divergences d'opinions commencent seulement quand il s'agit de préciser auquel des deux nerfs correspond le résultat obtenu, c'est-à-dire : où finit, du côté du bulbe, la zone radiculaire du pneumogastrique et où commence celle de l'accessoire.

Bischoff attribue cette fonction à l'accessoire. Reid et Volkmann s'écartent de cette opinion. Stein croit que les deux nerfs sont responsables du phénomène palatin. Vulpian incline vers l'accessoire. Chauveau pense que le pneumogastrique a un rôle prépondérant. Spitzka, Beevor, Horsley et Semon, excluent absolument le pneumogastrique. Rethi, récemment, expérimentant sur le lapin et le singe, où les racines du vago-spinal se trouvent réduites à trois cordons, a trouvé que seule l'excitation des fibres inférieures du cordon moyen produisait la contraction de tous les muscles du voile, à l'exception du péristaphylin externe, innervé par la racine motrice de la cinquième paire.

Rethi attribue au pneumogastrique exclusivement, ce faisceau du cordon moyen, parce que : « 1<sup>o</sup> il provient de la moelle allongée, avec les fibres du vagus, d'un même noyau ; 2<sup>o</sup> il sort de la moelle allongée avec les racines du vague, et 3<sup>o</sup> il suit périphériquement le vagus sans aucune anastomose avec l'accessoire dans le foramen jugulaire ».

Il en est ainsi chez le lapin, mais, accepter comme « vraisemblable » une distribution identique chez l'homme, comme le fait Rethi, nous paraît illogique si l'on tient compte de l'évolution *philogénétique* de ce groupe nerveux. En effet, l'anatomie comparée nous enseigne que le groupe nerveux désigné par Fallope sous le nom de nerf « vagus » ou « ambulato-

rius », comprend le glosso-pharyngien, le pneumogastrique et l'accessoire, et que ces trois éléments nerveux se trouvent, chez les vertébrés inférieurs, plus ou moins fusionnés, et que leur différenciation anatomique a lieu très lentement dans la série zoologique ascendante.

Le glosso-pharyngien serait le premier à s'émanciper, tandis que le vague et l'accessoire arrivent seulement, chez l'homme, à leur plus haut degré d'indépendance, dans leur trajet périphérique distal, car, dans leurs segments voisins du bulbe, il est malaisé de les différencier. Chez l'homme, tout ce que l'on peut faire, c'est d'assigner au vague dix ou quinze radicules, et cinq ou six à l'accessoire, comme le fit primitivement Andersch.

Encore, selon les investigations méticuleuses de Kazzander, les fibres radiculaires de l'accessoire sont très fréquemment aberrantes à leur émergence, dans leur trajet, et surtout dans leurs associations périphériques, et, pour ce motif, il y a lieu de se demander si, dans les expériences de Rethi, ce fascicule inférieur du cordon moyen du vago-spinal, qui, chez le lapin, a sous sa dépendance la motilité du voile, n'est pas en réalité un fascicule aberrant de l'accessoire, associé à cet endroit au pneumogastrique, représentant la branche anastomotique interne de l'homme, qui n'existe pas chez ce rongeur.

D'après ces considérations, il est impossible d'accepter les résultats obtenus par Rethi, chez le lapin et le singe, comme décisifs pour la solution de ce problème chez l'homme.

Lermoyez, cependant, accepte sans conteste les conclusions de Rethi, et juge qu'elles tranchent la question de l'innervation motrice du voile du palais, chez l'homme, en faveur du vague, en se basant sur les travaux de Grabower, de Berlin, qui aurait démontré que l'accessoire est un nerf exclusivement médullaire tel qu'il fut conçu par Willis, et, par conséquent, la racine moyenne et, de fait, toutes les racines bulbaires, dites « vago-spinales », appartiendraient au pneumogastrique.

A part que chez l'homme, dans le territoire de ces racines nerveuses, il n'y a pas trois cordons comme chez le lapin, je ne vois pas comment le travail de Grabower, invoqué par Lermoyez, peut confirmer la conclusion de Rethi au sujet de la

nature pneumogastrique du fascicule inférieur du cordon moyen chez le lapin, ni comment il peut rendre applicables à l'anatomie et à la physiologie humaine les faits observés par Rethi.

Le travail de Grabower est une étude histologique du bulbe humain, au point de vue de l'innervation du larynx.

Cet auteur prévoyant, au sujet de l'origine apparente des deux nerfs, l'objection qu'on pourrait lui faire sur la confusion des racines du vague et du spinal, dit textuellement : « il me semble à peine possible que ceux qui ont présenté cette objection aient jamais vu la position des dites racines chez l'homme ou chez l'animal ».

Cette manière de voir de Grabower vient de ce qu'il exclut complètement de l'accessoire toute origine bulbaire, et sa description serait exacte en acceptant ce fait.

Toutes les radicules « vago-spinales » sont, d'après Grabower, chez l'homme, des racines pneumogastriques, ce qui différencie encore ses recherches des conclusions de Rethi, puisque chez le lapin il y a trois troncs nerveux dans cette région, et le troisième n'est pas de nature pneumogastrique.

L'exclusion, par Grabower, du spinal de Willis, de toute connexion avec le bulbe, contrairement à la description de Scarpa (1787), dépend de son opinion au sujet de la signification physiologique des noyaux d'origine du pneumogastrique. Il étudie seulement le noyau ambigu, comme l'unique représentant de l'origine des fibres motrices du vague, sans s'occuper du noyau dorsal, qui est, pour lui, le noyau sensitif de ce nerf.

Au sujet du noyau ambigu, il démontre l'indépendance de ce groupe cellulaire, d'avec les noyaux médullaires du spinal, puisque ceux-ci, à mesure que l'on examine des coupes plus élevées de la moelle cervicale, se raréfient et finissent par disparaître au niveau de la zone moyenne de l'entrecroisement des pyramides dans la région ventrale du bulbe.

Sur mes pièces on peut voir qu'entre la limite inférieure du noyau ambigu et la région ci-dessus indiquée, il n'existe pas de groupe cellulaire que l'on puisse attribuer au spinal. Au niveau de la zone radiculaire intra-bulbaire de l'hypoglosse, il

y a des groupes cellulaires qu'il ne faut confondre ni avec le noyau ambigu, ni avec le noyau de l'accessoire, il s'agit du noyau de Röller, qui a une tout autre signification.

Cette discontinuité dans le bulbe, de la colonne nucléaire antéro latérale médullaire de l'accessoire, a été indiquée, avant Grabower, par Cajal, quoique cependant, ce savant décrive le noyau ambigu comme le centre le plus élevé du spinal.

Comme il est admis, aujourd'hui, que le noyau ambigu représente un des centres moteurs du vague, son noyau central, indépendant du noyau de l'accessoire, il faut tenir compte, dans cette étude, du noyau dorsal du vague, situé entre le noyau de l'hypoglosse et le plancher du quatrième ventricule. Ce noyau était regardé comme le centre sensitif du vague (Bechterew, Obersteiner, Kölliker), mais des recherches récentes ont établi qu'il représente aussi un centre moteur (Van Gehuchten).

Le centre sensitif du vague, ainsi que celui de tous les nerfs sensitifs, d'après les remarquables investigations histogénétiques de His, est extra-central, représenté par les neurones qui entrent dans la constitution de ses deux ganglions.

Les branches collatérales centripètes de l'axon de ces neurones, se dirigent vers le bulbe, et y pénètrent pour se mettre en rapport avec les prolongements dendritiques des neurones de second ordre du noyau vertical, au voisinage du fascicule solitaire.

Reprenant l'étude du noyau dorsal du vague, il est évident qu'il se continue avec le noyau médullo-bulbaire du spinal, et je m'exprime ainsi, parce que je suis de ceux qui croient que l'accessoire a une représentation bulbaire. J'ai pu voir, comme d'autres, que les noyaux médullaires de l'accessoire se comportent de la façon suivante : en les examinant sur des coupes de la moelle cervicale progressivement plus élevées, on remarque qu'ils se déplacent. Etant, à la limite inférieure, antéro-latéraux, dans la corne antérieure, ils se portent vers la partie postérieure, médiane, de la corne, et, à la limite supérieure de la moelle, ils sont tout à fait postérieurs.

De ce point, ils persistent, sans interruption, à travers tout l'entrecroisement cordonal, et, en raison de l'amputation que subissent les cornes antérieures et du déplacement latéral du

segment postérieur de la moelle, pour la formation du quatrième ventricule, les bases des cornes antérieures, avec les noyaux médullaires de l'accessoire, se trouvent situées définitivement dans le plancher du quatrième ventricule, près de la ligne médiane et en continuité directe avec une colonne cellulaire située, d'abord, derrière le noyau de l'hypoglosse, et, plus haut, postéro-latéralement, à cause de l'interposition du noyau intermédiaire.

Cette colonne cellulaire donne naissance, aussi, à la racine dorsale du vague, de sorte que, dans l'intérieur du bulbe, il existe un noyau « vago-spinal » (Darkschewitz, Koch, Deer, Duval). Ce noyau vago-spinal présente une extension assez grande à sa partie supérieure, il aboutit à un plan plus élevé que la limite supérieure du noyau ambigu, et descend plus bas que le noyau de l'hypoglosse.

Il est inutile d'étudier ici les relations du glosso-pharyngien avec les mouvements du voile, puisque son rôle est purement d'ordre réflexe (Beevor, Horsley et Beaunis).

En examinant mes préparations, on peut voir la plupart de ces détails <sup>(1)</sup>.

Jusqu'ici nous nous sommes occupés des données de l'anatomie pure. La pathologie humaine et l'expérimentation confirment ces relations topographiques et précisent les faits au point de vue de la signification périphérique, différente, des branches nerveuses de cette origine, malgré la continuité de leurs noyaux.

La physiologie expérimentale nous enseigne que si l'on sectionne le nerf de Willis dans la cavité rachidienne, au bout d'un certain temps, on trouve en chromolyse, non seulement ses cellules de siège médullaire, mais aussi les cellules dans la partie inférieure du myélencéphale, en arrière de la partie inférieure du noyau de l'hypoglosse (Van Gehuchten).

La limite supérieure du groupe de cellules dégénérées correspond à l'angle inférieur du quatrième ventricule.

<sup>(1)</sup> Comme il m'a été impossible d'obtenir une bonne reproduction des coupes présentées au Congrès, j'ai été obligé de les supprimer dans ce travail.

Cette expérience démontre : 1° que le nerf de Willis a une origine bulbaire ; 2° qu'une partie de ses fibres sont descendantes, dans leur trajet central, pour s'extérioriser avec les racines médullaires.

Si l'on sectionne le pneumogastrique, on provoque la chromatolyse du noyau ambigu, et de la partie supérieure du noyau vago-spinal (Van Gehuchten).

Cette expérience démontre l'indépendance physiologique des deux noyaux dorsaux, vague et spinal, malgré leur continuité.

La grande extension des noyaux d'origine du nerf de Willis explique que des lésions centrales (bulbo-spinales) en foyer, ne puissent pas les atteindre isolément dans leur totalité.

Dans son trajet périphérique, la symptomatologie varie, selon le siège de la lésion ; mais une seule lésion, située sur des points déterminés, peut atteindre toutes ses fibres.

Dans les observations connues de lésions intra-vertébrales, affectant la zone radiculaire médullaire, ou la moelle cervicale, dues à Remak, Seeligmüller, Martius et Schmidt, les symptômes étaient : paralysie du sterno-cléido-mastoïdien, du trapèze et du crico-aryténoïdien postérieur.

En ce qui concerne mon malade, la lésion devait siéger à la base du crâne, entre le trou occipital et la déchirure postérieure, région où se trouvent réunies, en un seul cordon, toutes les fibres constituant les spinal.

A cette catégorie appartiennent les cas de Erb et de Holz.

De ces trois observations, englobées dans les conclusions II et III de Schmidt, il découle que la portion cervicale de l'accessoire se distribue chez l'homme dans des muscles respiratoires : crico-aryténoïdien postérieur, sterno-cléido-mastoïdien, et trapèze (inspiration costo-supérieure) et que le noyau des muscles phonateurs laryngiens et palatins (résonateurs) est un noyau bulbaire (portion inférieure du noyau vago-spinal).

L'étude de la moelle cervicale dans l'ataxie locomotrice progressive, maladie qui atteint si fréquemment le muscle respiratoire laryngien, doit jeter une vive lumière sur cette localisation. Les observations de ce genre, que je connais,

offrent, pour la plupart, des lésions multiples centrales et périphériques. C'est seulement dans les cas d'Oppenheim et de Riegel, qu'on trouva le bulbe intact, mais malheureusement la moelle cervicale ne fut pas examinée, et il paraît que l'examen des nerfs récurrents ne fut pas poursuivi sur toute leur étendue.

Les observations de paralysie palatine (fibres phonatrices) associées à la paralysie du crico aryténoïdien postérieur (fibres respiratoires), comme dans les observations III, IV et VIII d'Avellis, doivent être expliquées par des lésions multiples bulbo-médullaires, et, s'il était démontré que cette association symptomatique pût être de cause extra-encéphalique, cela prouverait que ces deux catégories de fibres différentes, au point de vue fonctionnel, se rapprochent, en quelque endroit, dans le tronc du spinal.

Dans le groupe plus important de la paralysie phonatrice laryngo-pharyngienne, le trouble peut parfaitement être imputé à une seule lésion bulbaire, et lorsqu'une lésion périphérique unique en est responsable, c'est l'indice de l'étroit groupement des fibres réservées à une même fonction.

L'analogie serait ici complète avec la constitution des récurrents dans lesquels les fibres respiratoires et phonatrices forment deux groupes distincts dans le même cordon nerveux (Risian-Russell).

Ces constatations anatomo-pathologiques sont en parfait accord avec les résultats des investigations récentes de Risian-Russell, qui a démontré que, dans les nerfs rachidiens, les fibres, représentant des conducteurs pour des impulsions motrices déterminées, ont une position définie dans leur racine d'origine, et conservent cette situation dans le tronc nerveux dont elles font partie jusqu'à leur arrivée dans le muscle ou les muscles qui effectuent le mouvement.

Cette topographie différente des centres respiratoires et phonétiques pharyngo-laryngiens, est en harmonie avec l'observation de Fräntzel, où un état spasmodique du crico aryténoïdien postérieur coïncidait avec une paralysie des muscles constricteurs.

Il est difficile de concevoir une telle dissociation fonction-



nelle : excitation d'un côté et dépression complète de l'autre, en admettant un seul foyer central pour tous les muscles laryngiens. Certains détails anatomiques méritent l'attention.

L'axon des neurones médullaires de l'accessoire est gros, et il émet jusqu'à *trois* collatérales qui, comme toutes les collatérales des cellules motrices médullaires, se terminent par des arborisations libres dans le foyer moteur auquel elles appartiennent (Cajal, Lenhossek), c'est-à-dire que, dans aucun cas, elles ne se dirigent vers la portion antéro-interne de la corne antérieure, résidence des cellules radiculaires des racines antérieures. Le foyer médullaire du spinal reçoit aussi un grand nombre de collatérales du fascicule sensitivo-réflexe de Kœlliker, du cordon latéral et de la voie pyramidale. Les dendrites sont extraordinairement nombreuses et forment un plexus très serré.

Cette disposition des collatérales initiales aurait pour objet, selon Cajal, « la propagation de l'excitation reçue par une seule cellule, à tous ou à plusieurs des neurones de la même nature fonctionnelle, situés dans le même foyer ou dans un autre, mais dynamiquement semblables ».

L'interprétation logique de Cajal, pour expliquer la distribution des axons et, en outre, la richesse d'expansions dendritiques signalée ci-dessus, nous expliquerait dans ce cas : 1° l'extraordinaire excitabilité électrique du trapèze claviculaire qui, ainsi qu'on le sait depuis les recherches de Duchenne, répond à des excitations minimes demeurant sans effet dans tous les autres muscles du corps ; 2° la tonicité bien étudiée par Semon et Krause et l'automatisme exagéré, signalé par Risian-Russell, du crico-aryténoïdien postérieur, pour que l'influence de stimulations périphériques très faibles (d'origine pneumogastrique selon Horsley) soit capable de déterminer la prépondérance tonique de ce seul muscle en face de celle de tous les constricteurs du larynx, et la prépondérance de ses contractions rythmiques pendant l'inspiration ; 3° la synergie dynamique, surtout pendant l'inspiration forcée des trois muscles qui tirent leur motilité de ce foyer.

Il me reste, pour terminer, à décrire deux spécimens téra-

logiques, d'une valeur primordiale pour la solution du problème en discussion.

Dans les Annales de la Société royale de Londres, on trouve consigné par le D<sup>r</sup> R. J. Lee, le cas d'un monstre humain, né à terme, acéphale et privé de moelle allongée.

Le nerf pneumogastrique, examiné soigneusement, fut trouvé normal dans toute sa portion périphérique.

La moelle épinière, sans altération structurale perceptible, se terminait immédiatement au-dessous de la base du crâne et les nerfs de Willis furent trouvés normaux à leurs origines cervicales.

Ce monstre, qui doit être considéré comme *dépourvu, au point de vue fonctionnel, du pneumogastrique, puisque, en raison de l'absence de moelle allongée, les centres de ce nerf n'existaient pas, cria distinctement, dit l'auteur, pendant une heure que dura sa vie.*

Le seul nerf, dans ce cas, pouvant provoquer les contractions musculaires laryngiennes indispensables à la production de sons, était évidemment l'accessoire de Willis.

Ici, on pourrait objecter que cette observation vient à l'encontre de la distinction que j'ai établie sur l'origine des fibres phonatrices et respiratoires du larynx, attribuant aux premières une origine bulbaire.

N'oublions pas, cependant, que, pour la production de sons laryngiens, il n'est pas indispensable que tous les muscles constricteurs entrent en action, et comme, dans ce cas, la moelle cervicale arrivait jusqu'à la base du crâne, il y avait, chez ce monstre, la zone de transition de la moelle au bulbe, où persistent en arrière les noyaux de l'accessoire. Cette observation impose donc de conclure que quelques fibres phonatrices proviennent de cette région intermédiaire.

Dans la deuxième observation tératologique, il s'agit d'un fœtus humain né à terme et de race blanche qui me fut cédé par mon ami le D<sup>r</sup> R. Gaston. Des arrêts de développement surtout dans l'appareil branchial, déterminèrent des altérations secondaires du système nerveux périphérique, réalisant une expérience intra-utérine, selon la méthode de Mendel, c'est-à-dire, par des extirpations de masses musculaires.

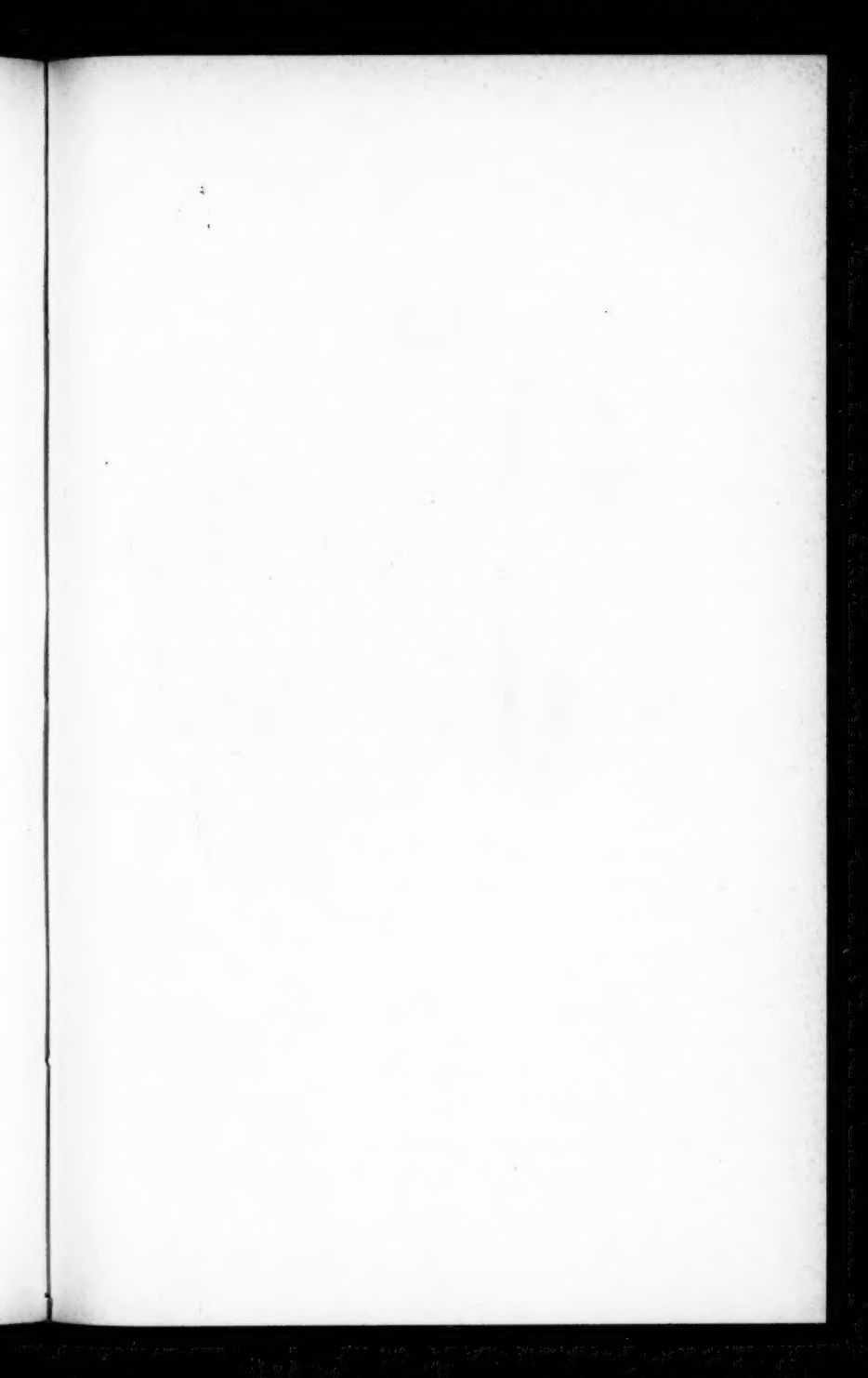




FIG. 1. — A. Déformation de l'hélix type Woolner-Darwin.  
B. Type Dow.

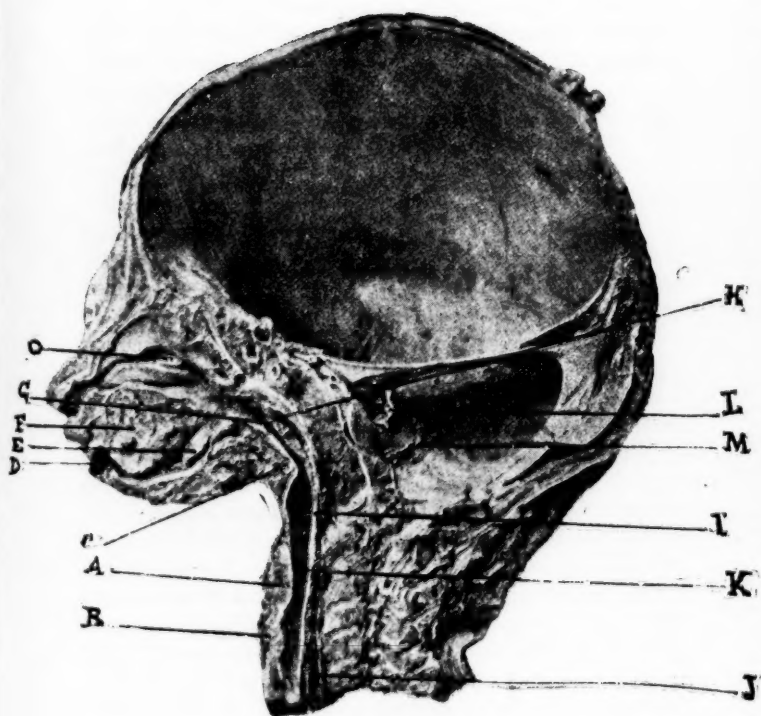
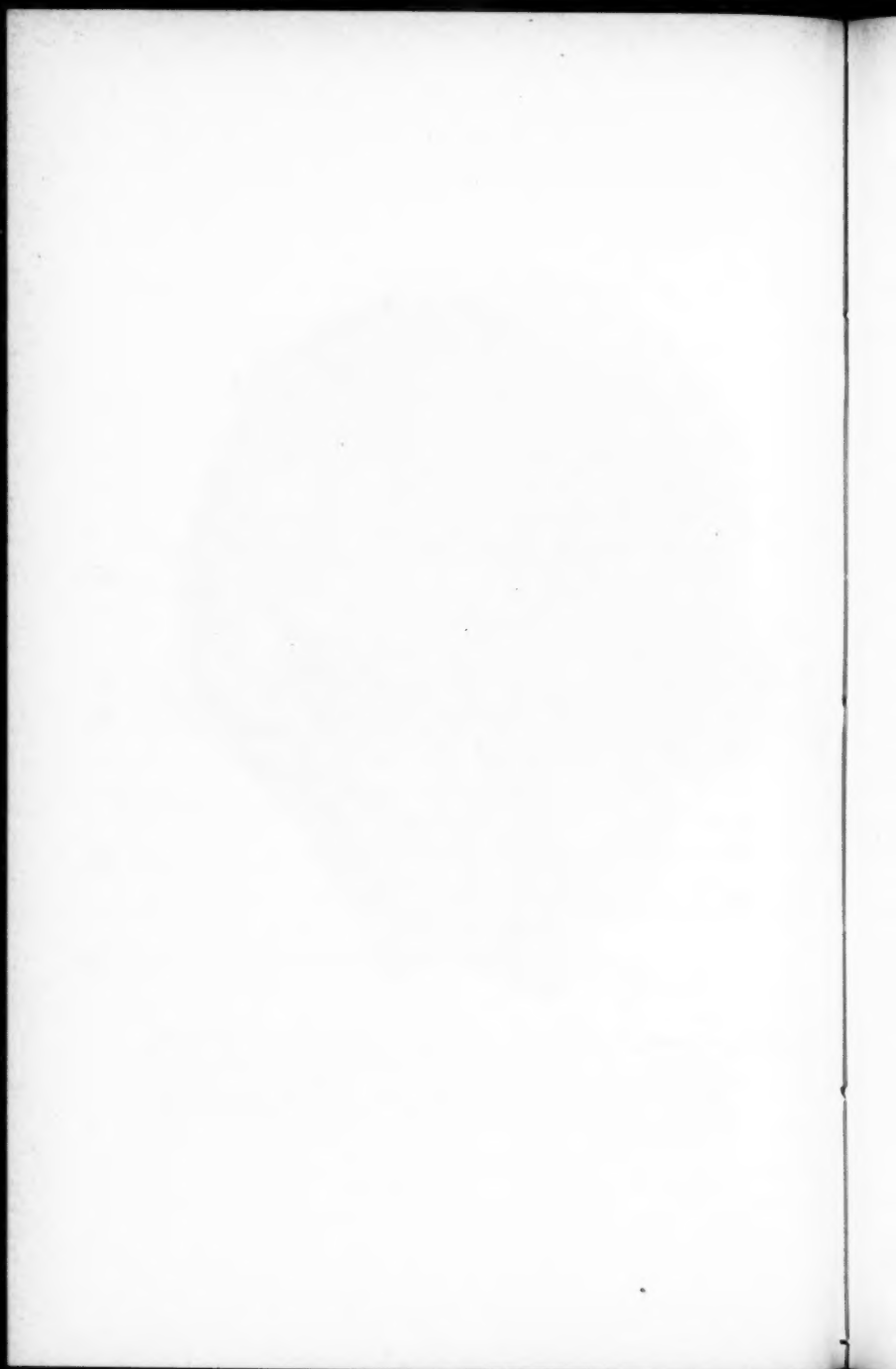


FIG. II. — A. Cartilage thyroïde. — B. Cricoïde. — C. Os hyoïde. — D. Bouche.  
 E. Langue. — F. Tissu indéterminé, remplissant la cavité buccale et  
 la voûte palatine. — G. Appendice en forme d'épiglotte. — H. Fond du  
 pharynx. — I. Cloison pharyngo-intestinale. — J. Cavité œsophagienne.  
 K. Cavité du larynx. — L. Nerf facial. — M. Nerf pneumogastrique.  
 O. Cornet moyen.



Ces anomalies sont visibles, en partie, sur la photographure ci-jointe. Dans le domaine de l'arc pharyngien supérieur, ou *tympano-mandibulaire*, et du cartilage de Meckel, manquaient complètement : la mâchoire inférieure, les prolongements palatins du maxillaire supérieur, remplacés par une masse informe de tissu embryonnaire indéterminé, qui remplissait presque toute la cavité buccale. Absence d'os palatins, d'apophyses ptérygoïdes et *du voile du palais*.

Les muscles du plancher de la bouche étaient très atrophiés.

Atrophie du cornet moyen. Absence du vomer.

Muscles de la face, très développés, surtout l'orbiculaire palpébral et celui des lèvres. Muscles masticateurs absents.

Pavillon de l'oreille (tégument des deux premiers arcs) très développé. Hélix volumineux. Son segment supérieur, de forme triangulaire, pouvait être considéré dans son ensemble comme un appendice du type Woolner-Darwin.

Immédiatement en arrière se trouve un nodule cartilagineux, développé sur la surface externe de l'hélix, analogue à celui de l'idiot microcéphalique de Down, séparé du précédent par un sillon profond, sans le moindre vestige d'atrophie. Je me permettrai ici une digression anthropologique.

L'absence d'atrophie cartilagineuse, pour la production des anomalies de l'hélix, exclut l'interprétation de Meyer, qui les fait dériver de ce processus et elle confirme l'opinion de Darwin, qui rattache cette anomalie de l'hélix, insignifiante à l'état normal quand elle existe, à un phénomène d'ordre atavique représentant le vestige de la forme primitive du pavillon à une époque très reculée où l'hélix aurait été pointu, et en position verticale. En effet, en dépliant l'hélix de ce monstre, le pavillon avait la forme angulaire-verticale, que l'on rencontre chez les fœtus d'orang-outang, et, à la période adulte, chez le cynopithécus niger.

Au deuxième arc branchial, ou stylo-hyoïdien, il manquait l'appareil suspenseur de l'os hyoïde, apophyses styloïdes, le ligament stylo-hyoïdien, et, en outre, l'étrier. On notait aussi l'absence du conduit auditif externe, de la membrane du tympan, de la caisse de la trompe d'Eustache, formations qui

dérivent de la fente située entre les deux premiers arcs branchiaux : canal tympano-eustachien de Huxley.

Au troisième et au quatrième : le corps de l'os hyoïde, réduit à un petit nodule moyen, sans point d'ossification.

Absence complète d'épiglotte. Langue rudimentaire.

*Larynx, réduit à une cavité formée par la partie antérieure des cartilages thyroïde et cricoïde ; absence d'aryténoïdes, des branches ventriculaires et des cordes vocales, ainsi que de tous les muscles intrinsèques laryngiens, cricothyroïdiens inclus.*

Absence des muscles du cou péri-laryngiens. Du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze claviculaire, il subsiste seulement quelques fibres inférieures très atrophiées.

Bouche réduite à un petit orifice circulaire. Persistance de la cloison pharyngo-intestinale. Au fond du cul-de-sac pharyngien existait une languette qui, à première vue, avait l'apparence d'une épiglotte déplacée, mais, après un examen attentif, on reconnut qu'on faisait erreur à propos de cet appendice.

Muscles constricteurs du pharynx, très imparfaitement développés, réduits à quelques fibres éparses, irrégulièrement dirigés.

Vertèbres cervicales, normales. Absence des apophyses mastoïdiennes et des cavités glénoïdes.

Organes thoraciques et abdominaux, normaux. Diaphragme incomplètement développé, et faisant défaut à sa partie antérieure.

Les centres nerveux avaient un aspect extérieur normal. Il fut impossible d'étudier leur structure, à cause de l'état de ramollissement dans lequel ils se trouvaient, dû à un long séjour du sujet dans l'alcool quand il arriva entre mes mains.

Les nerfs, de consistance plus ferme, étaient mieux conservés, et je pus constater les particularités suivantes :

La moelle cervicale donnait naissance, à sa partie moyenne, à trois paires nerveuses anastomosées entre elles, d'où les nerfs phréniques tiraient leur origine. Nerf hypoglosse, atrophié, filiforme.



*Pas le moindre vestige des racines de l'accessoire. Les racines bulbaires n'existaient pas.*

*Le pneumogastrique, bien développé, était formé par dix racines. Ganglions, de volume normal.*

*Il existait une seule branche pharyngienne, si grêle qu'il fut impossible de la suivre au delà de quelques millimètres, après sa sortie du ganglion plexiforme. On ne put trouver le plexus pharyngien.*

*Le tronc du pneumogastrique, disséqué soigneusement, présentait, au cou, ses relations normales, mais sous un volume très réduit à cause, sans doute, de l'absence de la branche anastomotique de l'accessoire.*

*Le laryngien supérieur était imperceptible, sans fournir la branche externe destinée au muscle crico-thyroïdien.*

*Trajet intra-thoracique normal, donnant naissance aux nerfs récurrents comme à l'état normal ; mais ses branches étaient grêles et s'épuisaient sans pénétrer dans la cavité laryngienne, après avoir émis les branches trachéales, œsophagiennes et cardiaques.*

*Glosso-pharyngien réduit à la moitié de son volume.*

*Le nerf facial, bien développé dans tout son trajet, et les branches pétreuses prenaient naissance dans le ganglion géniculé, comme d'habitude.*

*On ne put trouver le ganglion de Meckel, en raison de l'abondance de tissu indéterminé envahissant la région palatine.*

*De la cinquième paire il n'existait que la racine sensitive. Ganglions de Gasser, d'aspect normal.*

*Nerfs olfactifs, optiques et moteurs oculaires, normaux. Nerf auditif absent.*

*Telles sont les données positives des dissections effectuées. Il a été impossible d'aller plus loin, vu l'état de macération dans lequel se trouvaient les tissus.*

*Il va sans dire que, pour déterminer avec précision les anomalies nerveuses, j'ai établi constamment des comparaisons avec la structure de fœtus normaux du même âge et au même degré de macération.*

*Le point essentiel, dans cette observation, est que, chez un*

*fœtus humain privé de larynx et de voile du palais, l'accessoire de Willis n'existait pas dans ses deux origines.*

*Le pneumogastrique et le facial, au contraire, présentaient un développement normal, et les nerfs récurrents, ainsi que les laryngés supérieurs, n'émettaient pas les branches destinées aux muscles du larynx.*

*Il faut signaler l'état rudimentaire des nerfs pharyngiens et le complet développement du grand nerf pétéreux superficiel.*

De cette analyse générale de la question de l'innervation motrice du larynx et du voile du palais, ainsi que des faits anatomiques, cliniques et tératologiques que j'ai pu réunir, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Le nerf facial n'a sous sa dépendance aucun des muscles du voile du palais ; leur motilité dérive de l'accessoire de Willis ainsi que l'a déclaré Arnold en 1847 (Fibres d'origine bulbaire).

La racine motrice de la cinquième paire innerve partiellement (Stein, Rethi) le péristaphylin externe.

2° Les muscles phonateurs laryngiens reçoivent aussi leur innervation motrice, le crico-thyroïdien inclus, de la portion bulbaire de l'accessoire de Willis, et se trouvent ainsi en relation intime avec un même centre dynamogène, deux groupes musculaires étroitement associés fonctionnellement dans la phonation.

3° L'accessoire médullaire, avec les limites anatomiques que lui assigna Willis, a sous sa dépendance un groupe musculaire d'une autre signification fonctionnelle, présidant à la respiration, c'est-à-dire : le crico-aryténoïdien postérieur, la portion claviculaire du trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, en particulier ses fascicules cléido-mastoïdiens, innervés exclusivement par l'accessoire.

4° Cette distribution nerveuse motrice, imposée par la clinique, par l'anatomie pathologique et par les données tératologiques que j'ai consignées, est en parfait accord avec la loi de Bert et de Marcacci, et de Geo et Ferrier, qui nous montre qu'il y a une systématisation anatomique des fibres nerveuses motrices qui se distribuent dans des groupes musculaires

fonctionnellement synergiques, générateurs des mouvements associés d'une même fonction.

5° Dans le cas de l'accessoire de Willis, la systématisation périphérique a aussi sa représentation centrale systématisée : centre médullaire pour le groupe musculaire respiratoire, et centre bulbaire pour le groupe musculaire phonateur.

En ce qui concerne l'association fonctionnelle de l'accessoire avec les nerfs moteurs-oculaires, pour élargir le champ visuel par la rotation et l'élévation de la tête, mouvement d'une si grande importance pour la conservation de l'individu (Bouchard), association, qui a été confirmée par l'anatomie comparée et par la pathologie dans le syndrome décrit par Vulpian et Prévost sous le nom de déviation conjuguée de la tête et des yeux, elle ne constitue pas une infraction à la loi précédemment formulée. En effet, s'il est vrai que cette synergie musculaire n'a pas son centre d'association anatomique dans la substance grise tubulaire, on la trouve dans un autre centre d'ordre plus élevé : dans la région corticale de la base du lobe pariétal inférieur (Landouzy).

6° En l'honneur du médecin qui attira l'attention sur cette forme particulière de paralysie, je proposerai qu'elle soit désignée sous le nom de *paralysie laryngo-pharyngienne, type Avellis*.

#### BIBLIOGRAPHIE

- J. F. MECKEL. — Anat. comparée. Traduction Schuster. Paris, 1838.  
 LONGET. — Physiologie. Deuxième édit. Paris, 1860.  
 R. J. LEE. — A description of the pneumogastric and great sympathetic nerves in an acephalous fœtus. Proceedings of the Royal Soc. Vol. XIII, n° 60, January 14, 1864.  
 DARWIN. — The descent of man. New-York, 1866.  
 DUCHENNE. — Physiologie du mouvement. Paris, 1867.  
 VON LUSCHKA. — Der Kehlkopf des Menschen. Tübingen, 1871.  
 GEGENBAUER. — Anatomie comparée. Trad. Vogt. Paris, 1874.  
 KOELLIKER. — Entwicklung des Menschen. Leipzig, 1876.  
 QUAIN. — Anatomy. New-York, 1877.  
 PARKER AND BETTANY. — The morphology of the skull. London, 1877.  
 F. GÄNGHOFNER. — Beitrag zur Entwicklungs geschichte des Kehlkopfes, in Zeitschrift für Heilkunde, I Band, 3 et 4 Heft. Prague, 1880.  
 HUXLEY. — Anat. of vertebrated animals. London, 1880.  
 AVOG. — Hémiplegie faciale. Paris, 1881.

- GOTTSTEIN. — Kehlkopfkrankheiten. Breslau, 1883.
- FOSTER AND BALFOUR. — Elements of embryology. London, 1883.
- O. MAUBRAC. — Sterno cléido-mastoidien. Paris, 1883.
- E. C. SPITZKA. — The tubular gray. New-York, 1884.
- G. H. MEYER. — Les organes de la parole. Paris, 1885.
- H. C. BASTIAN. — Paralysis cerebral, bulbar and spinal. New-York, 1886.
- W. R. GOWERS. — Diseases of the nervous system. Philada, 1888.
- TESTUT. — Anatomie humaine. Paris, 1889.
- G. AVELLIS. — Klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopflähmung, in *Berliner klinik* 1891. Heft, 40.
- F. SEMON. — Geschichte der Lehre von den mot. Kehlkopflähmungen, in *Festschrift R. Virchow*, Band III. Berlin, 1891.
- KAZZANDER. — *Arch. f. anat. u. physiologie*. 1891 (cité par Ziehen).
- L. EDINGER. — Bau der Nervösen central organe. Leipzig, 1892.
- P. KRONTHAL. — Schnitt durch das central Nerven system des Menschen. Berlin, 1892.
- A. SCHMIDT. — Casuistische Beiträge zur Nervenpathologie. *Deut. Med. Wochenschr.* n° 26, 1892.
- J. S. RISIAN RUSSEL. — An experimental investigation of the nerve roots which enter into the formation of the brachial plexus of the dog. *Philos. Trans. Royal Soc. London*, vol n° 184, 1893.
- J. S. RISIAN RUSSELL. — The abductor and adductor fibres of the recurrent laryngeal nerve. *Proc. Royal Soc.* Vol. LI.
- F. SEMON. — On the position of the vocal cords in quiet respiration in man, and on the reflex tonus of their abductors in *Proc. Royal Soc.* Vol XLVIII
- L. RETHI. — Ursprung und peripherer Verlauf der motorischen Rachen und Gaumennerven, in *Wiener Med. Presse*, n° 50 und 51, 1893.
- GRABOWER. — Ueber die Kerne und Wurzeln des N. Accessorius und N. Vagus, und deren gegenseitigen Beziehungen, in *Arch. für laryngologie und rhinologie*, herausgegeben von B. Fränkel, vol II, Heft 2. Berlin, 1894.
- T. S. FLATAU. — Nasen, Rachen und Kehlkopfkrankheiten. Leipzig, 1895.
- RAMON Y CAJAL. — Apuntes para el estudio del bulbo raquideo, cerebello y origen de los nervios encefalicos. Madrid, 1895.
- KOELLIKER. — Handbuch der Gewebelehre. Band 2. Leipzig, 1896.
- RAMON Y CAJAL. — Nueva contribucion al estudio del bulbo raquideo. *Enciclopedia Universal de progresos medicos*. Madrid, 1897
- M. LERMOYEZ. — De la non-ingérence du nerf facial dans la paralysie du voile du palais. Communication à la Société française d'otologie et de laryngologie. Session de mai 1898.
- RAMON Y CAJAL. — Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados, vol I. Madrid, 1899.
- TH. ZIEHEN. — Nervensystem. 1 Theil. Jéna, 1899.
- VAN GEHUCHTEN. — Système nerveux de l'homme. Louvain, 1900.
- L. EDINGER. — Nervösen central organe. Leipzig, 1900.

#### IV

### ECCHYMOSE DU PHARYNX APRÈS MORCELLEMENT DES AMYGDALES

Par J. COUSTEAU

Dans la première quinzaine du mois de mars 1901, j'eus l'occasion de faire, dans le service de mon maître M. le Dr Lermoyez, à l'Hôpital Saint-Antoine, un morcellement d'amygdales dont les suites m'ont paru assez intéressantes pour être l'objet de cette observation :

La fillette que l'on me présenta, était âgée de 13 ans. Quoique petite pour son âge, elle me parut d'une constitution assez robuste. Se plaignant d'amygdalite à répétition, notre attention fut tout de suite attirée vers son pharynx. Les deux amygdales palatines, très volumineuses et enchatonnées, présentaient, en outre, des cryptes très nombreuses et très profondes. En somme, le morcellement nous parut indiqué; après avoir prescrit un gargarisme nous prions la mère de nous ramener l'enfant quelques jours après lorsque toute période inflammatoire aura disparu.

Huit jours après, j'entreprends le morcellement des amydales. L'enfant étant très docile, nous commençons d'emblée cette petite intervention, sans aucune anesthésie. Les deux amygdales sont tout d'abord libérées des piliers à l'aide du crochet mousse de Lermoyez; puis, nous pratiquons le morcellement à l'aide de la pince de Ruault suivant les règles habituelles.

Après l'intervention qui m'avait paru un peu plus sanglante qu'à l'ordinaire, je fais prendre de la glace à la fillette pour arrêter l'hémorrhagie. Une heure après l'hémostase n'était pas encore complète, mais si peu importante qu'après les recommandations d'usage j'engageai la mère à quitter l'hôpital avec son enfant.

Cinq jours après, on me ramène la fillette. Au dire de la mère, un léger suintement sanguin se serait produit pendant les deux jours qui avaient suivi le morcellement malgré l'ingestion permanente de petits fragments de glace. Mais, ce qui effrayait cette femme, c'était l'aspect de la gorge de son enfant qui, disait-elle, le lendemain de l'opération avait pris une teinte noirâtre.

Le pharynx de la fillette présente, en effet, un aspect singulier : le voile du palais, la luette et les piliers antérieurs sont d'une teinte noirâtre violacée produite par une vaste ecchymose sous muqueuse. En haut, la ligne de démarcation de cette ecchymose est assez nettement limitée à l'union du voile du palais avec la voûte palatine, tandis que sur les côtés, elle vient s'épanouir sur la face interne des joues. L'ecchymose présente son maximum d'intensité un peu au-dessus de l'angle supérieur des fossettes amygdaliennes. C'est d'ailleurs, à cet endroit, qu'elle persistera le plus longtemps. Trois semaines, en effet, après l'intervention il subsiste encore, à ce niveau, deux petites ecchymoses de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Vingt-neuf jours exactement après le morcellement, le pharynx avait repris son aspect normal.

En présence de ce cas, j'ai supposé que l'hémophilie pourrait seule expliquer la présence d'une ecchymose aussi étendue, à la suite d'un traumatisme aussi léger que le morcellement des amygdales. D'ailleurs, la fillette, comme je l'ai déjà dit, a été très docile ; elle n'a fait aucun mouvement pendant l'intervention. Ce qui nous permet d'écarter toute idée de traumatisme un peu violent.

Interrogée, la mère nous apprend qu'au moindre attouchement sa fillette a des ecchymoses, elle l'aurait même, il y a deux ans, retirée de pension, croyant qu'on la maltraitait. Elle avait eu, à cette époque, une tumeur sanguine au niveau des fausses côtes du côté droit.

Actuellement, la fillette est réglée assez régulièrement. La durée et la quantité des menstrues n'ont rien d'anormales.

Aucune éruption cutanée n'a été constatée. Aucune hémorragie abondante ne s'est produite, à l'occasion d'égratignures ou de plaies insignifiantes, ni même au moment de la vaccination ou d'avulsion dentaire. Il n'y aurait eu également aucune hémorragie spontanée des muqueuses. La fillette n'a jamais eu de crises de nerfs ni aucune affection articulaire. En un mot, nous ne trouvons, en faveur de notre diagnostic, que la présence des ecchymoses au moindre choc et l'apparition d'une tumeur sanguine, dont l'origine n'a pu nous être donnée, traumatisme léger selon toute probabilité.

Comme antécédents héréditaires, on ne trouve, du côté des grands parents, ni du père, aucun signe d'hémophilie. La mère seule aurait présenté des hémorrhagies très abondantes au moment de ses couches, cédant avec peine aux injections intra-utérines très chaudes et aux injections sous-cutanées d'ergotine.

L'examen du sang ne nous a fourni que peu de renseignements : le nombre des hématies (3.600.000) était inférieur à la moyenne, beaucoup de ces globules avaient leur bord crénelé et leur protoplasma granuleux.

En somme, le résultat de notre intervention a été excellent, seul l'aspect du pharynx a pu nous inquiéter à première vue, mais cette légère inquiétude a vite cédé à un examen minutieux nous expliquant la raison de ces suites opératoires peu fréquentes.

---

# CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX PENDANT LES PÉRIODES BYZANTINE ET ARABE

Par le Dr C. CHAUVEAU.

## PÉRIODE BYZANTINE

S'il parait chronologiquement et historiquement légitime de donner un nom spécial à cet espace de près de dix siècles qui s'étend de la fondation définitive de l'empire d'Orient jusqu'à la prise de Constantinople, on peut dire qu'au point de vue médical, cette période ne fut qu'une sorte de prolongation ou plutôt une pâle copie de l'époque précédente<sup>(1)</sup>. Les grands médecins disparaissent et ne sont guère remplacés que par des compilateurs. Ceux-ci, du moins, ont pour nous l'intérêt très grand de nous faire connaître toute une série de fragments d'illustres auteurs gréco-romains dont les œuvres ont été perdues.

Nous n'étudierons que les deux plus anciens d'entre eux, Aetius d'Amide et Paul d'Egine. En ce qui concerne les angines, ces deux écrivains nous ont transmis des passages peut-être résumés, peut-être intégraux des œuvres d'Asclépiade, de Philumène, d'Archigène, d'Antyllus et de Léonidas d'Alexandrie ; d'autant plus intéressants qu'ils renferment des vues originales.

Notre analyse nous permettra d'entrevoir que les théories vont l'emporter dans les siècles suivants et former ce corps de

<sup>(1)</sup> Histoire des maladies du pharynx pendant la période gréco-romaine (*Annales des maladies de l'oreille*, avril 1901).



doctrine qui régnera sur toute la médecine du Moyen Age et même de la Renaissance : le galénisme. A Alexandrie déjà, on avait composé une sorte d'encyclopédie abrégée des œuvres de Galien, que l'on se bornait à commenter devant les étudiants. Naturellement, les Arabes ne firent que continuer cette tradition et les doctrines du médecin de Pergame furent la base de leurs conceptions médicales.

En outre, Aétius et Paul d'Egine renferment de précieux renseignements sur la chirurgie du pharynx. Sauf Celse, qui est un peu plus explicite, les auteurs greco-romains conservés, plutôt médecins, concluent parfois à la nécessité opératoire, mais n'en indiquent pas la technique. Or la chirurgie comptait à cette époque des praticiens très adroits et très audacieux. La plupart, il est vrai, ne quittaient guère Alexandrie, ville d'ailleurs célèbre par l'habileté de ses opérateurs. Léonidas et Antyllus furent les plus illustres. Chose remarquable, ils tendaient à se spécialiser : ainsi, il y avait déjà des auristes, des oculistes, des orthopédistes, des accoucheurs... Fulgence de Carthage, nous apprend, dans une de ses lettres, qu'on y trouvait des chirurgiens pour toute opération et pour « se faire enlever n'importe quelle partie du corps ». Logés dans les beaux quartiers, ils attendaient à leurs boutiques les clients qui venaient d'ailleurs fort nombreux, paraît-il, de toutes les parties du monde. Pour donner une idée de la hardiesse de certaines de leurs tentatives, disons en passant, qu'Antyllus détruisait déjà, comme les modernes, le sac anévrysmal, après avoir lié l'artère malade au-dessus et au-dessous. C'est vraisemblablement grâce à lui, que la trachéotomie, préconisée par Asclépiade — qui ne semble pas cependant l'avoir exécutée, — entra réellement dans la pratique ; il avait indiqué un procédé technique qui, malgré ses imperfections, était réalisable.

Après Paul d'Egine, la décadence s'accroît de plus en plus ; l'art médical rétrograde lamentablement. Si, au *xiii<sup>e</sup>* siècle, Actuarius, est intéressant à parcourir, ce n'est qu'au point de vue pharmaceutique, à cause des emprunts qu'il semble faire à la thérapeutique des Arabes. Quant à Nicetas et Michel Psellus, ils n'ont rien écrit d'intéressant sur les maladies du pharynx.

## AËTIUS D'AMIDE

Aëtius d'Amide avait étudié à l'école d'Alexandrie, comme la plupart des grands médecins de cette époque ; puis, il s'était fixé à Constantinople. Photius nous apprend qu'il était attaché à la maison impériale, ce qui indique une assez grande réputation.

Il avait composé sur la médecine un gros ouvrage en seize livres, pour lequel il mit surtout à contribution la grande encyclopédie médicale d'Oribase en soixante-seize volumes. Celle-ci étant perdue, la compilation abrégée d'Aëtius devient, de ce fait, fort intéressante. Dans les passages qui ont trait aux maladies du pharynx, Aëtius s'est inspiré de Galien, d'Archigène, de Philumène et d'Antyllus.

Sa description de l'*angine* est tirée de Galien ; il est donc inutile d'y revenir ici. Sa thérapeutique relève aussi de lui, mais plutôt d'Archigène. Ce dernier, quoique pneumatiste comme Arétée, acceptait la médication des humoristes, en particulier pour les angines, et semble avoir sur ce point spécialement inspiré Galien lui-même.

Grâce à Aëtius, nous savons qu'Archigène pratiquait d'abord la saignée au bras, pour faire tomber la réaction inflammatoire générale et locale, procédé, comme on le sait, alors général sauf chez les méthodistes, et justifié peut-être par le grand nombre des angines phlegmoneuses malignes qui semblent avoir régné à cette époque. Du reste, il se contentait d'une émission sanguine modérée, contrairement à l'usage de beaucoup de ses contemporains, et préférerait saigner à nouveau en cas de besoin. S'il y avait contre-indication, il prescrivait des lavements acres à la centaurée, l'absinthe, l'aristoloche. L'hiera, ou remède sacré d'Archigène à la coloquinte, n'était administré qu'au moment où le mal semblait vouloir s'améliorer. Il avait reconnu l'utilité des vomitifs et se servait, dans ce but, des pastilles d'Andronicus. Ainsi que Celse, Coelius Aurélianus, Galien, etc..., il appliquait pour détourner l'inflammation vers les parties superficielles, des ventouses sur les régions latérales du cou, à l'angle des mâchoires.

Comme tous les médecins de cette époque, il avait recours aux gargarismes lénitifs ou constrictifs suivant la période du mal et selon qu'il espérait enrayer ou non l'évolution de l'angine. Surtout il faisait un grand usage des insufflations de poudres médicales dans le pharynx, faites avec des fleurs de roses, de safran ou de cotons, principalement quand il y avait des ulcérations sur les amygdales.

Si tout échouait, il piquait les veines ranines d'après les préceptes d'Hippocrate, ou la veine angulaire de la face. Lorsqu'il y avait à craindre la formation d'un abcès, il formulait un décocté de figues sèches additionné d'hysope, préparation considérée alors comme un merveilleux médicament maturatif. Parfois, dit-il, il sera bon aussi d'y ajouter du safran.

En définitive, Archigène paraît avoir été un thérapeute décidé. Ses prescriptions sont le plus souvent nombreuses et très compliquées. Il est possible que Galien y ait puisé en partie les principes de sa polypharmacie. Du reste, ce travers se retrouve aussi chez Asclépiade et même chez Soranus ; il provient sans doute de ce que les anciens ignoraient en grande partie, faute de chimie et de toxicologie expérimentale, l'action véritable des médicaments. A côté de prescriptions rationnelles, on retrouve des pratiques au moins bizarres. Ainsi Archigène, qui avait cependant écrit un grand traité de nosologie où il s'efforçait de préciser le siège et la symptomatologie des diverses affections locales, et dont le mérite en impose même à Galien, n'hésite pas à recommander d'une façon pressante, comme aurait pu le faire le dernier des empiriques, les excréments d'hirondelle, de chien et même d'enfants. C'est même à cet auteur que Galien emprunte vraisemblablement l'étrange recette que nous avons déjà rapportée.

Toutefois ce même praticien aux médications souvent aussi risquées qu'énergiques, se distingue souvent par des conceptions justes et fort originales, de fines remarques et des pratiques judicieuses. Ainsi, il avait noté que certains malades peuvent être pris de dyspnée et de dysphagie sans lésions apparentes du pharynx. Dans ce cas, dit-il, il s'agit d'une maladie des nerfs qui longent l'œsophage (pneumogastrique) et celle-ci peut résulter d'une inflammation des poumons ou du

cœur ou même des parties qui correspondent aux carotides. Ce qu'on sait de la dysphagie et de la dyspnée que déterminent certaines péricardites ou pleurésies avec épanchements et surtout les compressions de natures diverses de cette région (crosse de l'aorte, médiastin, adénopathie trachéo-bronchique...) justifient complètement les idées d'Archigène, qui s'est montré ici un précurseur.

De plus, sa description de la *diphthérie pharyngée* qui nous a été conservée par Aétius est excellente. On y trouve signalés : la prédominance de celle-ci chez l'enfant, la couenne pseudomembraneuse grisâtre, semblable, dit-il, aux membranes qui recouvrent les points cautérisés, le caractère envahissant des lésions, la dyspnée qui survient quand le mal descend, la mort au cours du premier septenaire ou parfois plus tardivement quand l'affection prend une mauvaise tournure ; éventualité si fréquente qu'il la dénomme maladie pestilentielle. Archigène recommande de ne pas trop irriter les parties en arrachant brutalement les fausses membranes, que beaucoup considéraient comme la cause unique des symptômes morbides. Si on procède de la sorte, dit-il, on s'expose à voir celles-ci reparaitre aussitôt ; l'ulcère sous-jacent irrité s'étend en surface et prend un aspect serpigineux. Il faut donc user de douceur pour les détacher.

La médication qu'il emploie ne diffère guère de celle qu'il prescrit contre l'angine.

Le passage de la compilation d'Aétius sur les *inflammations tonsillaires* est emprunté à Philumène. Celui-ci note l'extrême fréquence de la maladie principalement chez les enfants. Un excès de nourriture y prédisposerait et c'est pourquoi, dit-il, on l'observe assez souvent chez les nourrissons trop avides. L'affection se caractérise surtout par la dysphagie et parfois par un peu de fièvre. Au début, il convient de ne donner que des aliments liquides et de s'opposer à l'afflux des humeurs par des gargarismes astringents ; mais il faut bien se garder d'employer des substances trop âcres, de peur d'exaspérer le mal. Les lavements purgatifs réussissent bien, surtout chez les enfants. On donnera ensuite de la décoction d'orge, de l'eau miellée tiède comme gargarisme lénitif. On pratiquera des af-

fusions d'huile tiède à l'extérieur, principalement dans la région des oreilles : ce qui semble indiquer que Philumène avait noté des symptômes douloureux à répercussion auriculaire. On enveloppera le cou de substances chaudes. On introduira le médium entouré de laine dans la gorge et on massera doucement les amygdales malades pour en exprimer par la pression les humeurs peccantes. En agissant brutalement, on ne ferait qu'aggraver le mal d'une poussée inflammatoire. Si l'affection persiste, et si les amygdales volumineuses prennent une teinte vineuse, il faut s'attendre à la formation d'un abcès. Alors les douleurs s'exaspèrent, deviennent lancinantes, surtout vers le soir ; souvent aussi apparaissent des poussées de fièvre. Dans ces cas, les gargarismes froids rendent des services. Philumène employait alors un révulsif analogue à notre thapsia, à la poix de Bourgogne, qu'il appelle onguent égyptien et qui se composait principalement comme ce dernier de résine. Ou bien encore, il faisait appliquer des cataplasmes froids à la farine d'orge, au fenouil mélangé avec du miel. Si néanmoins l'amygdale du malade se tuméfie de plus en plus, si on trouve un point ramolli, il faudra, selon lui, recourir à des remèdes plus actifs, tels que les décoctions de feuilles de roses, d'écorce de grenadier, etc...

L'intervention chirurgicale est empruntée à Léonidas d'Alexandrie et la technique est la même que celle indiquée par Paul d'Egine, dont nous parlerons plus loin.

L'histoire des *corps étrangers* du pharynx est fort intéressante et on trouve en germe beaucoup de nos pratiques actuelles. Il s'agit d'épines, d'arêtes de poissons, d'esquilles osseuses qui se fixent sur un point quelconque des parois pharyngées. Si le corps étranger est situé entre les deux amygdales ou peu au delà, c'est-à-dire à portée de la vue, on enlèvera celui-ci à l'aide d'une pince en forme de forceps. Si, au contraire, il est fixé plus profondément et qu'on ne connaisse pas sa position, on enfoncera dans l'organe une éponge enduite de résine pour la rendre collante, et on la fera cheminer ensuite de bas en haut à l'aide du fil qu'on y aura préalablement attaché. L'éponge accrochera le plus souvent le corps étranger et l'entraînera au dehors. En cas d'insuccès, le malade tâchera

de le pousser en bas par des efforts de déglutition à l'aide de morceaux de pain volumineux. S'il échoue, on tâchera d'adoucir les souffrances du patient, en ne lui donnant que des aliments liquides et en appliquant sur le cou des cataplasmes adoucissants. On attend ainsi que la suppuration mobilise le corps étranger et l'entraîne au dehors avec le pus qui s'écoule. Comme dernière ressource, il faudra dire au corps étranger : « Au nom du Christ qui a fait sortir Lazare de son tombeau et Jonas du ventre de la baleine, ou au nom de saint Blaise martyr, je t'ordonne de monter ou de descendre ».

Les *maladies de la luette* sont décrites comme dans Arétée. De cette description confuse, on peut déduire, suivant nous, que les anciens avaient vaguement entrevu certaines maladies du rhinopharynx. La voix nasonnée, la dyspnée nasale notées à différentes reprises sont bien en faveur de cette hypothèse. Or, les affections du rhinopharynx peuvent parfois, du moins, retentir du côté de la luette, altérer légèrement sa forme, sa couleur, surtout sa direction. Ignorant à peu près tout du cavum, sachant seulement que les cornets ne se prolongent pas jusqu'à la colonne vertébrale, les médecins grecs ne pouvaient connaître les maladies du nasopharynx que seules l'anatomie pathologique et la rhinoscopie postérieure devaient nous révéler ; mais s'ils ne soupçonnent pas le siège du mal, ils en notaient quelques symptômes et les attribuaient faussement à cette partie insignifiante du voile, appelée luette, à laquelle, du reste, les physiologistes de l'époque ajoutaient une grande importance (Voir notre *Historique de la physiologie du pharynx*).

L'enrouement qui ne se complique ni de la synanche, ni de graves désordres pulmonaires, auquel Aétius ainsi que ses prédécesseurs ont consacré quelques lignes, devait aussi comprendre nombre de *pharyngites chroniques* ; car les auteurs font remarquer que l'affection s'accompagne souvent d'une ardeur et d'une constriction de la gorge avec sensation de sécheresse et que le malade avale péniblement. C'est dans ces cas surtout que l'on prescrivait du soufre ou de l'arsenic rouge, connu vulgairement sous le nom de sandaraque et dont Aétius nous indique les préparations pharmaceutiques diverses telles

que rob, pastille, trochisque, etc... On faisait aussi grand usage de l'alun (terre de Lemnos, de Chio, etc...), et des fumigations aromatiques.

#### PAUL D'EGINE

Paul d'Egine est postérieur à Aétius de plus d'un siècle. Comme lui, il avait étudié à l'école d'Alexandrie quelques années avant la conquête de cette ville par les Arabes. Comme lui encore, il s'inspire beaucoup de ses prédécesseurs ; mais son traité plus court et d'un caractère plutôt élémentaire est plus personnel. Son exposition est brève et lucide ; il indique souvent les résultats de sa pratique.

La partie consacrée à l'*angine* et aux amygdalites est peu étendue et empruntée à Galien. Aussi, ne croyons-nous pas devoir insister. Mais nous recommandons la lecture de son dixième livre, où il expose si clairement la *pharmacopée* de son temps. On y trouve commodément le mode de composition de beaucoup de gargarismes, de fumigations, de pastilles, de trochisques, etc...

D'autre part, excellent opérateur, Paul d'Egine a consacré à la chirurgie une attention toute spéciale. Il décrit très bien la technique de ses prédécesseurs et c'est dans son huitième livre qu'il faut aller chercher la manière dont les anciens pratiquaient l'ouverture des abcès de l'amygdale ou la trachéotomie.

Voici comment il faut évacuer, suivant lui, le pus des *apostèmes tonsillaires*. Lorsque, dit-il, ces glandes sont tendues, qu'elles forment un relief considérable au-delà de leur loge, à laquelle elles ne semblent plus reliées que par une partie rétrécie, que leur consistance s'est ramollie et qu'elles sont devenues grisâtres, c'est qu'un abcès s'est formé. Si les moyens habituels ont échoué, il faudra opérer. Pour cela, on place le malade bien en face du soleil, on lui ouvre largement la bouche et on lui renverse fortement la tête en arrière contre la poitrine de l'aide chargé de le maintenir. On attire alors la langue au dehors et on l'abaisse fortement au moyen d'une spatule ; puis, à l'aide d'un crochet, on harponne en quelque sorte la

glande malade qu'on cherche à amener en avant, mais sans entraîner en même temps les parties sur lesquelles elle s'insère. On sectionne à ce moment leur racine avec le scalpel. De cet instrument existaient deux modèles dont l'un diffère de l'autre en ce qu'il a sa pointe recourbée. Pour arrêter l'hémorrhagie en nappe, Paul d'Egine recommande des gargarismes avec de l'eau froide et, si le restant de glande se congestionne de façon à faire craindre une hémorrhagie secondaire, d'autres gargarismes avec de la macération de feuilles de ronces, de fleurs de rose, de plantain, de solidago ; il faisait aussi prendre des pastilles de succin ou d'alun. En un mot, il recourait aux astringents ou aux hémostatiques.

Quant à la *trachéotomie*, dont il emprunte la description à Antyllus, il recommande de faire renverser fortement la tête en arrière pour bien mettre à découvert le cou et mettre en relief la trachée. L'opérateur sent les saillies cartilagineuses faites par le larynx et par les premiers anneaux de la trachée. S'il est habile opérateur et possède la hardiesse nécessaire, il choisit un espace membraneux situé entre deux anneaux, par exemple entre le premier et le deuxième et pénètre d'emblée dans le canal aérien (procédé rapide). Mais, dit-il, si on a quelque crainte, on peut inciser d'abord la peau, repousser les vaisseaux en dehors et, après avoir bien mis à découvert l'espace membraneux, on le perfore à son aise (procédé lent). On est averti qu'on a pénétré dans la trachée par le sifflement que produit l'air, en s'échappant entre les lèvres de la plaie ; on arrête ensuite l'hémorrhagie. Mais cette opération, selon lui, ne convient que dans les obstructions chroniques, et non dans la synanche, parce que, dit-il, malgré l'opération, le mal gagne presque toujours les poumons. Comme on le voit, les indications de la trachéotomie n'étaient guère à cette époque celles que Trousseau devait lui assigner plus tard.

#### ACTUARIUS

Actuarius qui vivait sous les Commènes, vers le <sup>xiii</sup><sup>e</sup> siècle, a composé pour un ambassadeur qui devait se rendre dans les régions du Nord un petit traité de médecine d'un caractère es-



sentiellement pratique et où on trouve parfois des notions intéressantes, notamment sur la goutte ; mais ce qu'il dit de l'angine est de la compilation pure et empruntée à Galien. Cependant, sa thérapeutique contient quelques nouveautés qu'il semble avoir empruntées aux médecins arabes. Il connaît en effet Mesué qu'il appelle le philosophe barbare. Comme les médecins orientaux, il recommande le séné, la pulpe de tamarin qu'ignoraient les médecins grecs. Il fait aussi un fréquent usage de l'eau de rose distillée, qui joue un si grand rôle dans les médications contre l'angine indiquées par Rhazès et par Avicennes. -

## PÉRIODE ARABE

### INTRODUCTION

La période arabe s'étend du <sup>viii</sup><sup>e</sup> au <sup>xiv</sup><sup>e</sup> siècle. Elle comprend des époques très diverses. Au début, l'enthousiasme religieux fait négliger toute préoccupation scientifique ; les premiers califes se montrent plutôt hostiles aux savants. Ainsi Amrou, leur lieutenant, peut, au moment de la conquête de l'Egypte, brûler la bibliothèque d'Alexandrie sans qu'Omar lui inflige aucun blâme.

Peu à peu d'autres tendances se font jour. Les princes Abasides, beaucoup plus amis des sciences que les Omniades, appellent à leur cour de Bagdad les savants et les lettrés ; toutefois, au point de vue médical, cette époque, peu originale, est caractérisée surtout par l'apparition de traductions nombreuses. D'abord, celles-ci dérivèrent elles-mêmes des traductions syriaques faites par les Nestoriens qui, comme on sait, avaient fait passer dans leur langue les principaux ouvrages d'Hippocrate et de Galien. Plus tard, les savants du règne d'Haroun-al-Raschid, c'est-à-dire Zabet ben Cora, Honein, son fils Ishaq et son neveu Hobeïch font des versions plus exactes, grâce à leur connaissance approfondie de la langue grecque.

Le nombre des auteurs ainsi traduits est énorme. Il est très probable qu'en recourant aux Arabes, on arriverait à combler la plupart des lacunes que nous avons signalées dans la pé-

riode gréco-romaine. D'autre part, tous ces travaux étaient reproduits à un grand nombre d'exemplaires par le zèle des copistes. Il se forma de la sorte des bibliothèques très importantes. Ainsi, celle de Cordoue comprenait, paraît-il, près de six cent mille volumes. De plus, les collections s'étaient très multipliées ; chaque grande mosquée en possédait une. En outre, les souverains musulmans et même les riches particuliers fondèrent dans chaque grand centre des écoles supérieures où les sciences étaient enseignées aux nombreux élèves, accourus de tous les points de l'Orient. De véritables universités (Médresé) s'organisèrent à Bagdad, à Damas, au Caire, à Kairouan, à Cordoue... De la sorte, bibliothèques et enseignement contribuèrent à vulgariser et surtout à *uniformiser* les grandes doctrines médicales.

Comme nous l'avons dit plus haut, ce sont les idées de Galien qui forment la base de la médecine arabe, par cela même qu'elles avaient été le fondement de la médecine byzantine. On comprend bien, étant donné les conditions particulières dans lesquelles elle a évolué, que la médecine arabe devait être surtout le reflet de la médecine grecque. La plupart de leurs grands auteurs citent sans cesse Hippocrate ou Galien et parfois même les principaux médecins des autres sectes. Toutefois, cette servilité apparente ne doit pas nous induire à croire que les Arabes ont été dépourvus de toute originalité, comme on l'a soutenu à tort autrefois.

Ainsi, dans les maladies du pharynx, Avicennes, tout en se basant sur les doctrines humoristes, arrive à faire une étude clinique beaucoup plus fouillée que précédemment des différentes formes de l'angine, Rhazès et lui ont, d'autre part, insisté davantage que leurs prédécesseurs grecs sur les complications pharyngées secondaires des grandes pyrexies infectieuses dont l'Orient était alors le siège. En outre, s'il est vrai que leur thérapeutique pharyngée est copiée surtout sur les Grecs, ils y ont cependant introduit divers médicaments nouveaux tels que le tamarin, la manne, l'eau de rose, le camphre... et ils usent beaucoup plus fréquemment du cautère actuel à l'extérieur et parfois à l'intérieur. Très peu portés vers les tentatives chirurgicales, ils ne semblent pas avoir pratiqué la

trachéotomie dont ils se bornent à reproduire la technique d'après Paul d'Egine. Cependant, Avenzoar exécuta cette opération sur une chèvre et, l'ayant réussie, la recommanda assez chaudement dans les cas désespérés. Ce même auteur a signalé pour la première fois les paralysies du pharynx et même indiqué les deux moyens rationnels d'alimenter les malades, c'est-à-dire la sonde œsophagienne et les lavements nutritifs. Albucasis, d'autre part, a reconnu le premier, semble-t-il, l'existence d'un polype naso-pharyngien dont il tenta l'ablation, mais qui récidiva.

Ce que nous venons de dire prouve que les perfectionnements introduits par les Arabes, tout en ne portant que sur des détails, ne sont pas à dédaigner. Ceci corrobore bien l'idée générale qu'on s'est faite récemment des savants de cette nation à l'esprit fin et très observateur, mais dépourvus de conceptions générales. C'était, sinon de grands théoriciens, du moins des cliniciens sagaces et des praticiens assez habiles. Ils avaient du reste, pour se perfectionner, non seulement les bibliothèques abondamment fournies et les universités dont nous avons parlé, mais encore de nombreux hôpitaux dont ils comprirent tout de suite l'importance au point de vue de l'enseignement médical.

#### RHAZÈS

Rhazès ne composa sur la médecine que des abrégés qui sont le Mansoury dédié à un prince de ce nom qui régnait sur le Tabaristan et non sur l'Espagne, comme on l'a dit à tort, le Haouy ou Continens, le plus complet, traduit en latin au <sup>xiii</sup><sup>e</sup> siècle, par Ferragut, le Djani, intermédiaire comme étendue entre le Mansoury et le Haouy. A cause de leur brièveté même, ces divers ouvrages ne peuvent pas nous intéresser au même titre que le Canon d'Avicennes. Il ne s'agit en effet pour les maladies du pharynx, comme pour le reste, que d'un simple résumé où, malheureusement, la thérapeutique tient, comme d'habitude, la place la plus importante. Sa description de l'angine est empruntée surtout à Galien, ce qui

nous dispense d'en parler ici. Comme la plupart des médecins grecs, il recommande la saignée. Les préparations miellées des anciens tendent à être remplacées par des sirops de sucre, substance que les Arabes commençaient à connaître, grâce à leurs conquêtes dans l'Inde. Rhazès en recommandait un qu'il acidifiait en y ajoutant un peu de vinaigre. Ce sirop lui servait d'astringent au début de l'angine. Dans le même but, il prescrivait la fameuse préparation officinale au suc de mûres dont nous avons vu Alexandre de Tralles vanter si fort l'efficacité. Il n'oubliait pas non plus l'écorce de grenade, les semences de summac, les pommes vertes, le brou de noix... Si le mal persistait, il recommandait, comme les thérapeutes grecs, les gargarismes adoucissants au lait, à l'eau miellée et commençait à faire grand usage, comme mucilage, de la gomme arabique, à peine employée par ceux-ci. Il préparait déjà de véritables Juleps gommeux. Les balsamiques tels que la myrrhe, la résine de lentisque, la thérébentine sont toujours en honneur et prescrits comme dans le traité de pharmacologie de Galien. Rhazès use, comme les humoristes, des lavements âcres, quand l'inflammation semble devoir aboutir à la formation d'un abcès ; comme eux aussi, dans le but de juguler le mal, il recourt aux gargarismes très astringents, aux poudres irritantes, telles que l'asa foetida et la résine ammoniacque. Rhazès, ainsi que la plupart des Arabes, n'aime guère les interventions chirurgicales.

On ne trouve rien de bien intéressant non plus dans ses chapitres sur les apostèmes, les ulcères et les gangrènes de la gorge, qu'il appelle Méri ainsi que tous les auteurs arabes — terme que ceux-ci ont emprunté avec beaucoup d'autres aux médecins persans. — Toutefois, son attention avait été particulièrement attirée par les complications pharyngées des grandes pyrexies. Ainsi, il note que dans les maladies pesteuses, on peut voir survenir des maux de gorge persistants avec de la dysphagie. Il sait en outre que, dans la variolè, cette dysphagie peut être très marquée avec salivation et sensation d'ardeur à la gorge ; mais, pas plus qu'Avicennes, il ne soupçonne l'existence d'un exanthème bucco-pharyngé.

## AVICENNES

Avicennes, que ses compatriotes appelèrent le cheikh (chef), pour indiquer qu'ils le considéraient comme le prince des médecins arabes, écrivit sur l'art de guérir une vaste encyclopédie, contenant une nosographie, une chirurgie, une pharmacologie, etc..., que l'on a appelée canon (la règle). Pour donner une idée de l'étendue de cet ouvrage, disons que la traduction latine de Gérard de Crémone comprend deux énormes in-folio. Ce n'est pas une série de monographies distinctes, telles que la collection Hippocratique et les œuvres de Galien, ni une réunion de passages empruntés à divers auteurs, comme les compilations d'Oribase ou d'Aétius, ni un abrégé semblable aux écrits de Rhazès et d'Hali-Abbas, mais un véritable traité dont toutes les parties se tiennent et portent la marque de l'auteur. Avec un plan aussi vaste, les divers chapitres ne pouvaient tous être vraiment originaux, car on perd forcément en profondeur ce qu'on gagne en étendue. C'est ce qu'on constate malheureusement un peu dans les paragraphes consacrés à la pathologie pharyngée qui ne semble pas avoir attiré l'attention d'Avicennes au même degré que les grandes pyrexies, les maladies nerveuses, digestives, pulmonaires.

Bien que dans sa description de l'*angine* il se soit surtout inspiré de ses grands modèles grecs, l'auteur arabe ne les copie pas simplement; il les complète les uns par les autres, ne laisse échapper aucun fait important et ajoute souvent des détails qu'il tire de sa propre expérience clinique. En outre du phlegme et de la bile invoqués par Galien, il admet une troisième humeur peccante, le sang corrompu, à l'exemple d'Hippocrate, comme il se hâte de l'ajouter, afin d'échapper aux reproches des admirateurs aveugles du médecin de Pergame. Le tableau symptomatique est très complet et très fouillé. Il nie l'existence constante du nasonnement dont Rhazès avait exagéré l'importance, imitant ainsi l'exemple donné par beaucoup de médecins grecs. Le phénomène, dit-il, ne survient que si le nez est obstrué par une maladie locale ou est atteint d'une étroitesse congénitale. Il fait remarquer combien l'intensité de

la douleur est variable suivant l'allure du mal ou les personnes que celui-ci frappe ; la nature de l'humeur peccante rendrait compte, selon lui, en grande partie de ces différences. Ainsi, chez les phlegmatiques la souffrance peut être si légère qu'on dirait une simple gêne ; chez les bilieux, il en est tout autrement. Dans les cas intenses seulement, le cou se gonfle, la face devient vultueuse, les yeux saillants, l'oppression parfois si grande que les malades restent la bouche ouverte et la langue pendante au dehors.

Le pouls est variable, le plus souvent rapide, parfois petit, faible ou bien au contraire bondissant.

Si les douleurs deviennent lancinantes, si la couleur de certaines parties, comme les amygdales et le voile, se fonce, si les parois de la gorge s'empâtent, il faut craindre la formation d'un abcès. Tout mouvement devient douloureux, et la mastication pénible ; si on presse le cou au niveau de l'angle de la mâchoire cette pression rappelle les douleurs. Dans ces cas les malades peuvent être pris subitement d'un étouffement mortel ; il y a alors cette différence avec l'asphyxie de la péripneumonie que cette dernière a une marche beaucoup moins brusque. D'autre part, les abcès de l'épiglotte se différencient de ceux du pharynx en ce qu'ils produisent de l'étouffement, même quand la déglutition est possible. Au contraire, dans les abcès du pharynx, l'étouffement peut manquer et, en tout cas, il se montre moins important que la dysphagie ; le phénomène est alors dû à la compression de l'extrémité supérieure (larynx) de la trachée-artère que l'auteur arabe appelle le tube (Canna). Les abcès de l'isthme se caractérisent par la déformation des parties et par le rapprochement apparent du voile et de la base de la langue. Les abcès de la partie inférieure du pharynx qui échappent à la vue sont beaucoup plus dangereux que ceux de la portion supérieure. Lorsque le mal atteint l'épiglotte, le malade étouffe ; il tend son cou et élève la tête pour respirer la bouche ouverte, les narines dilatées ; il ne peut se coucher et reste sur son séant. Ce sont là, dit Avicennes, des phénomènes d'une gravité exceptionnelle ; il est facile de se rendre compte que ce tableau clinique se rapporte à l'œdème de la glotte.

L'auteur arabe note les changements de couleur du teint, qui, d'abord pâle, se fonce dans les cas mortels, tandis qu'il tend à s'éclaircir et à devenir franchement normal chez ceux qui doivent guérir.

Si la respiration devient de plus en plus difficile et longue, le pronostic s'aggrave, comme s'il existait un obstacle, que l'air ne franchit que peu à peu ; par contre, si le mal diminue, l'air entre beaucoup plus rapidement et la respiration est plus facile.

Le pouls a également beaucoup d'importance dans la synanche. S'il est dur, bondissant, c'est dit-il d'après Galien, que l'affection descend vers le poumon, surtout lorsqu'il survient de la toux. S'il est irrégulier et sinueux, il faut craindre le spasme. Est-il faible et cette faiblesse augmente-t-elle progressivement, la paresse cardiaque et la syncope sont à redouter ; la matière peccante va du côté du cœur.

Les angines avec nausées et troubles stomacaux sont d'un pronostic bénin. Quand la peau se colore sur la poitrine d'un rouge vif, c'est, suivant Hippocrate cité par l'auteur, un signe avant-coureur de l'érysipèle, qui peut tantôt sortir, tantôt rentrer ; cette dernière alternative est beaucoup plus grave.

Les douleurs violentes de la gorge avec rougeur de la face, dysphagie intense, sensation d'étouffement, caractérisent l'angine bilieuse (forme inflammatoire des modernes).

Si le malade est abattu, la langue rôtie et chargée, la chaleur de la peau mordicante, la gorge très sèche et très douloureuse, c'est une angine par corruption du sang (angine septique). L'angine phlegmatique est accompagnée d'une réaction inflammatoire peu intense ; la langue est blanche, l'haleine fétide, la fièvre peu marquée, la marche traînante ; l'affection peut durer beaucoup plus d'un mois. Comme on le voit, Avicennes prend pour bases de sa division des angines, les différentes humeurs peccantes, en ajoutant au phlegme, à la bile et à l'atrobile de Galien, le sang corrompu, que le restaurateur de l'humorisme rejetait, bien qu'il ait été admis par Hippocrate. Ce point de départ tout artificiel lui permet en réalité de séparer des formes cliniques bien distinctes, telles que l'angine légère, l'angine inflammatoire aiguë et suraiguë, l'angine sa-

burrable, l'angine avec dépression des forces et tendance syn-copale (angine septique grave), l'angine typhoïde caractérisée par l'intensité de la fièvre, la tristesse, l'abattement. Ainsi, il ne s'appuie pas sur la topographie du mal, comme la plupart des médecins grecs, mais sur le caractère du tableau symptomatique, ainsi que le faisait déjà en partie Galien. Certes, le médecin de Pergame avait noté quelques-unes des différences qui caractérisent, suivant lui, les angines bilieuses et phlegmatiques ; mais c'était là une simple esquisse, bien moins poussée et fouillée que celle d'Avicennes. Ce dernier auteur, en admettant une humeur peccante par corruption du sang, pouvait du reste nuancer davantage sa description, les maladies par sang corrompu correspondant toujours chez lui à des affections graves et typhoïdes.

Le traitement des angines et des amygdalites est très longuement exposé et beaucoup plus complet en général que chez les auteurs grecs.

Aucune substance, aucune particularité des médications d'Osclepiade, d'Archigène, de Galien et de Rhazès ne sont oubliées. Aussi, cette partie est-elle un peu diffuse. Parmi les nombreux remèdes qu'il préconise, signalons les pilules masticatories à la résine de tragacanthé et au camphre, qu'il conseille de garder dans la bouche pour favoriser la salivation. Le camphre d'un usage tout récent se donnait plutôt alors dans les maladies nerveuses ou dans certaines affections respiratoires, par exemple dans les cas de toux opiniâtre. Les robs au fênu grec, au miel rosat, à la myrrhe, au safran, à la cannelle sont spécialement recommandés, ainsi que l'oxymel et le sirop vinaigré de Razès. Avicennes prescrit aussi des drogues composites où le nitre, l'asa fetida, la myrrhe, le poivre, le castoreum et les excréments d'hirondelles voisinent agréablement ensemble ; c'était surtout dans les angines graves. Archigène et Galien avaient déjà donné des recettes analogues que l'auteur arabe se borne à transcrire, celles par exemple où il entre des excréments de chiens et d'enfants.

Si comme la plupart des humoristes grecs ou arabes, il abuse de la saignée, des lavements et des purgatifs âcres, ainsi que des gargarismes astringents, il comprend les indications de la



trachéotomie mieux que Paul d'Egine, car il la recommande dans la synanche quand tout a échoué. Son procédé est celui d'Antyllus ; il s'agit vraisemblablement d'un emprunt tout théorique à ses prédécesseurs, sans l'ombre d'une expérience personnelle. Il ajoute qu'il faut s'abstenir de toute intervention si le mal semble avoir gagné les parois de la trachée.

La description des *amygdalites* et des *inflammations de la luer* ne contient rien de nouveau. Les passages sur les *complications pharyngées secondaires* dans les grandes pyrexies infectieuses, présentent, au contraire, un grand intérêt. L'étude de ces infections est d'ailleurs, comme on le sait, une des parties les plus brillantes du canon. Avicennes ne se contente pas de copier plus ou moins fidèlement ses modèles grecs ; il s'inspire davantage de son expérience personnelle. D'ailleurs beaucoup de ces fièvres avaient échappé quoiqu'il en dise, à Hippocrate et à Galien, par exemple, la variole et la rougeole. Avicenne les connaît fort bien. C'est ainsi qu'il insiste sur les dangers que font courir aux malades les pustules noires où les pustules confluent ; les symptômes généraux sont bien décrits, notamment la rachialgie, la douleur épigastrique, l'intensité de la fièvre à caractère inflammatoire. Or, dit-il, beaucoup de ceux qui meurent de la variole, succombent à l'esquinancie ; la dysphagie et les douleurs de la gorge sont, ajoutait-il, assez précoces chez certains et apparaissent en même temps que la rachialgie. Parmi les parties du corps qu'il faut tâcher de préserver des atteintes du mal, il cite en première ligne les yeux et le pharynx. Les accidents gutturaux peuvent, dit-il encore, amener la mort par étouffement ; d'autre part, il peut se former des mauvaises ulcérations qui ont de la tendance à s'étendre et sont difficiles à guérir. Il conseille donc de recourir comme moyen préservatifs, aux robs de mûre ou d'écorce de grenade. Pas plus que Rhazès, il ne connaît du reste l'exanthème buco-pharyngé. A cause de cette insistance d'Avicennes sur les manifestations pharyngées, fréquentes, il est vrai, mais le plus souvent peu graves, nous nous sommes demandés si, à cette époque, la variole en Orient n'avait pas pour certains organes une prédilection qui change un peu comme on le sait suivant les épidémies. Il ne faudrait pas

croire, en effet, qu'Aviennas avait confondu la variole avec la rougeole ; il sait que l'exanthème est tout autre, que la rachialgie fait défaut dans cette dernière maladie, etc... il leur attribue même une autre origine humorale ; la variole serait due au sang corrompu et la rougeole à la bile (*variola cholericæ*).

L'auteur arabe signale comme Rhazès, la dysphagie de certains malades atteints de peste. Il s'étend plus longuement sur une fièvre putride par corruption du sang qui ressemble beaucoup, semble-t-il, au typhus exanthématique. Or, au cours de cette affection, selon lui, la gorge est assez sérieusement prise et les abcès fréquents. Il en serait de même de la synoque qu'il regarde comme étant analogue à la fièvre putride d'origine sanguine. Les symptômes qu'il rapporte permettent de soupçonner qu'il s'agit de fièvres typhoïdes à forme assez légère ; d'ailleurs les complications gutturales de la dothiènement-terie sont fréquentes et parfois fort graves.

La diphtérie ne paraît pas avoir été observée par lui ; il n'y fait que quelques allusions çà et là, empruntées évidemment à Aétius.

Avicennes, surtout médecin, pratiquait peu la chirurgie ; il ne s'étend guère plus sur les interventions opératoires que Cœlius ou Aretée. Cependant, il donne la technique de l'ouverture des abcès amygdaliens, et de la trachéotomie suivant Paul d'Egine vraisemblablement. A propos des corps étrangers, il rapporte les différents procédés consignés dans Aétius, mais insiste beaucoup sur l'utilité du vomissement.

#### MÉDECINS ARABES D'ESPAGNE

##### ALBUCASIS, AVERRRHOËS, AVENZOAR

La renaissance qui s'était produite à Bagdad avait gagné peu à peu les parties, même très éloignées du monde musulman. Les plus illustres représentants de la médecine arabe sont nés et se sont formés dans les provinces frontières, soit orientales (Rhazès, Avicennes) soit occidentales de l'immense

empire des califes. C'est dans l'antique Hispanie, la péninsule Ibérique, que la civilisation musulmane jeta peut-être son plus bel éclat. De superbes palais (mosquée de Cordoue, alhambra de Séville et de Grenade), des aqueducs grandioses, des forteresses énormes et aux murs pour ainsi dire inébranlables, attestent encore la puissance et la richesse de ceux qui les ont élevés. Mais ceux-ci n'étaient pas seulement des potentats magnifiques, c'étaient aussi des protecteurs éclairés des Lettres et des Sciences. A leur Cour affluaient poètes, historiens, jurisconsultes, mathématiciens et médecins du plus grand mérite. Trois parmi ces derniers jouissent encore d'une réputation méritée. C'est Albucasis le célèbre chirurgien, Averrhoës le grand commentateur d'Aristote et Avenzoar à l'esprit si ingénieux et si original.

Comme les grandes métropoles de l'Orient, Bagdad, Damas, le Caire, les grandes villes de Cordoue et de Séville possédaient des universités renommées, de vastes bibliothèques et des hôpitaux importants où les praticiens pouvaient acquérir l'instruction théorique et pratique.

Malgré le voisinage du monde occidental, les médecins Espagnols se montrent en général moins familiarisés avec les auteurs de la période gréco-romaine que les auteurs que nous venons d'étudier. C'est que la Gaule et l'Italie étaient retombées en grande partie dans la barbarie et ne pouvaient, par conséquent, exercer sur les pays voisins l'influence civilisatrice qu'elles avaient possédée en des temps plus heureux.

Albucasis, Averrhoës et Avenzoar consultent surtout Rhazès et Avicennes, et leur érudition apparente n'est en somme qu'une érudition d'emprunt. Mais comme c'étaient d'excellents cliniciens, des esprits très ouverts, leurs ouvrages sont néanmoins très intéressants à parcourir. Ceci n'est tout à fait exact cependant que pour les œuvres d'Albucasis et d'Avenzoar; car Averrhoës ne mérite pas les mêmes éloges. Son « Colliget » n'est du reste qu'un simple résumé, comme le Continens de Rhazès où seule la pathologie générale est traitée avec les développements convenables. Mais l'exposition est claire et méthodique comme il convient à un disciple fervent d'Aristote. Les idées sont élevées et nous comprenons que le Moyen Age

fait grand cas des écrits médicaux de cet auteur, bien moins importants du reste que ses écrits philosophiques. Comme ce qu'il dit de la pathologie pharyngée est emprunté entièrement à ses prédécesseurs notamment à Avicennes, nous passerons sous silence sa description. Rappelons seulement qu'il admet comme son modèle les angines par corruption du sang.

#### ALBUCASIS

Le grand ouvrage d'Albucasis appelé : « El Tasrif » (l'Exposition des matières) comprend une partie médicale assez insignifiante, compilée sur Avicennes et surtout sur Rhazès, ouvrage qui fut traduit au commencement du xvi<sup>e</sup> siècle par Grimm, et une partie chirurgicale commentée et traduite savamment en Angleterre par Channing en 1778 et par Louis Leclerc en France. Celle-ci est certainement la plus intéressante ; elle a fait considérer son auteur comme le meilleur chirurgien qu'aient produit les pays musulmans. Son traité des opérations manuelles est d'autant plus intéressant à consulter qu'il est orné de nombreuses figures d'instruments.

Ces deux parties du Tasrif sont divisées en quinze sections comprenant chacune une série de chapitres.

Albucasis étudie dans le chapitre vi de la deuxième section, l'angine dont il distingue deux variétés : l'une avec lésions du pharynx, l'autre sans lésions apparentes du pharynx, mais beaucoup plus dangereuse que la première. Ce sont les deux formes admises par tous les médecins depuis Asclepiade jusqu'à Galien. En quelques mots, l'auteur arabe dit que les principaux symptômes sont la dyspnée et la dysphagie. Comme les méthodistes, il veut un repos complet et un lit chaud. Il purgeait au début ou donnait un lavement. Comme Rhazès et Avicennes, il saignait et recourait assez vite à la piqure des veines ranines. Il faisait un grand usage de l'oxymel, du miel rosat, de la noix de galle, de l'écorce de grenade, de l'alun, du nitre. Il croyait à l'utilité de la révulsion locale à l'aide de cataplasmes sinapisés, des thapsias, des pointes de feu, des ventouses qu'il appliquait non seulement sur le cou, mais

encore, comme Cœlius, sur les régions voisines, par exemple, au haut de la poitrine.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, chapitre ix, il indique comment il faut piquer les veines sublinguales qu'il appelle *algeberich*, moyen dit-il qui réussit non seulement dans l'angine mais encore dans les ulcères des lèvres des gencives, de la bouche et du pharynx. Il faisait placer le malade en pleine lumière, bien en face de lui et ordonnait à l'aide d'immobiliser la tête fortement renversée en arrière. Il écartait les lèvres et, soulevant la langue, apercevait de chaque côté du frein les deux veines. En outre, Albucasis piquait les veines labiales au nombre de deux, dit-il, l'une allant à droite et l'autre à gauche. Cette saignée, selon lui, est utile non seulement pour les fissures des lèvres, mais encore pour certaines affections nasales. Comme instruments, le chirurgien arabe se servait de petits scalpels dont l'un était recourbé en demi-lune, l'autre droit sur le dos avait un tranchant concave prolongé en avant sous forme de pointe. Cette pointe était encore plus accusée et finissait même par se recourber en forme de crochet chez l'un d'eux.

Les *inflammations de la luette* sont décrites d'après Rhazès ; mais l'intervention chirurgicale y est indiquée d'une façon plus précise et plus décidée. Pour opérer, il faut que la luette soit bien allongée, bien tendue et commence à prendre une teinte blanchâtre ; ceci montre que les phénomènes inflammatoires du début sont tombés et que la matière peccante commence à se collecter. Le malade était placé sur un siège, en face du soleil, pour bien éclairer le champ opératoire, la tête était immobilisée et renversée, la bouche largement ouverte et la langue fortement aplatie à l'aide d'une spatule. On insinuait la pointe d'un crochet dans la luette qui était ainsi entraînée en avant. Albucasis prenait alors un des deux scalpels qu'il indique pour l'évacuation des abcès amygdaliens : puis il incisait la luette, en prenant bien garde de ne pas dépasser les limites de celle-ci et de ne pas en retrancher un trop gros morceau, car Galien avait soutenu que cet organe joue un rôle important dans la phonation. Si le malade refusait de se laisser opérer, l'écrivain arabe conseille de recourir à la cauté-

risation par les caustiques chimiques, tels que la chaux vive et recommande pendant l'application de cracher et de ne pas avaler dans la crainte des désordres graves possibles du côté des parties profondes. Il nettoyait ensuite la région avec un tampon de coton enduit de beurre et recourait aux gargarismes astringents, et aux fumigations qu'il dirigeait sur la luette à l'aide d'un tube en argent ou en bronze introduit dans la bouche.

Le procédé qu'indique Albucasis pour l'ouverture des *abcès amygdaliens* ressemble beaucoup à celui décrit par Paul d'Egine, cependant l'auteur arabe semble y ajouter quelques détails complémentaires, montrant qu'il avait une expérience personnelle du sujet. Il ne faut pas, dit-il inciser au début, tant que les amygdales sont rouges, dures et qu'il n'y a pas eu de douleurs lancinantes ; car cette incision serait inutile et produirait infailliblement une hémorrhagie grave à cause de la congestion énorme dont l'organe est alors le siège. Il faut attendre que les humeurs peccantes se collectent. Deux façons d'agir peuvent être admises : l'abstention qui laisse à la nature le soin d'évacuer au dehors le pus, et l'intervention avec l'instrument tranchant. Comme Paul d'Egine, Albucasis insiste sur ce fait que l'amygdale malade que l'on veut opérer doit sortir de sa loge et n'y être plus rattachée que par une partie plus mince que le reste de la glande. Après avoir bien placé le malade, ouvert la bouche et abaissé la langue comme pour l'ablation de la luette, il sectionnait l'amygdale avec un scalpel mince, à tranchant concave recourbé en sorte de croissant ; après avoir harponné la tonsille à l'aide d'un crochet et l'avoir amenée en avant, comme l'auteur byzantin, il recommande de bien prendre garde à n'entraîner vers l'orifice buccal que du tissu glandulaire et non pas les parties sur lesquelles l'amygdale repose. Albucasis se servait aussi d'une sorte de pince tranchante à pointes recourbées l'une vers l'autre. Pour éviter l'hémorrhagie succédant à l'ablation, il recourait comme ses prédécesseurs aux gargarismes astringents, à l'eau froide, etc.

Dans un autre chapitre, Albucasis rapporte l'histoire d'une femme qui était atteinte vraisemblablement d'une *polype naso-pharyngien*. La tumeur, dit-il, était noirâtre, sa consis-

tance dure, sa sensibilité assez faible. Elle gênait à un haut degré la respiration et la déglutition de telle sorte que la malade était sur le point de succomber quand on entreprit de la soulager. La tumeur remontait manifestement dans le nez et se prolongeait par deux racines vers chacune des narines. Pour la mobiliser, Albucasis attira chacune de ces deux racines en avant tant qu'il put, puis il les sectionna. Il put alors s'attaquer au corps même de la tumeur qui était très volumineuse et adhérait largement aux parties ambiantes. Dès qu'elle fut détruite, la malade fut considérablement soulagée, elle put respirer à son aise et s'alimenter; ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. Mais bientôt le néoplasme repoussa dans toutes les directions. A mesure qu'on détruisait un point, il se développait dans un autre « comme une véritable tête de méduse ». On recourut aux caustiques pour se débarrasser de ces récidives; Albucasis ne peut nous donner la fin de cette intéressante observation car il perdit bientôt de vue la malade.

Quant à son procédé de *trachéotomie*, c'est celui de Paul d'Egine. Pas plus qu'Avicennes il ne paraît l'avoir pratiquée.

#### AVENZOAR

Dans le *Theisir* (livre de science sur la guérison et le régime) d'Avenzoar, nous laisserons de côté tout ce qui a trait à l'angine, aux abcès et aux ulcérations de la gorge, qui ne nous offrent aucune idée véritablement nouvelle. Mais il n'en est pas de même des complications pharyngées secondaires à l'étrange affection connue dans le Moyen Age sous le nom de *mal des ardents* et que caractérisaient, paraît-il, une fièvre intense, des exanthèmes érythémateux diffus, une grande prostration et surtout des gangrènes multiples. Différentes appellations lui avaient été données, qui toutes marquent la terreur profonde des populations décimées par ces terribles épidémies. On la dénommait feu sacré, feu persique, feu de saint Michel, feu de la gehenne d'enfer. Paris fut frappé à diverses reprises, et Flodoard nous a raconté tout au long ce qui se passa dans

la capitale en 945. Au XI<sup>e</sup> siècle, le fléau tua quarante mille personnes rien qu'en Aquitaine. Paris (église de Sainte-Geneviève des Ardents) Amiens, Arras, etc.... élevèrent des églises en l'honneur des saints qui avaient délivré, croyait-on, ces cités du mal des ardents ; et tous les auteurs de l'époque avouent que seule l'intervention divine pouvait sauver les malades. L'écrivain arabe est à peu près du même avis : car s'il prescrit un traitement, il avoue que c'est de Dieu seul qu'on peut attendre le salut. Cet auteur a été le premier à signaler les gangrènes bucco-pharyngées, très diffuses, dit-il, très profondes et très dangereuses et qui tuent presque fatalement. Plus tard, les auteurs chrétiens du XIV<sup>e</sup> siècle en rapportèrent de nouveaux exemples.

Avenzoar a noté également le premier, croyons-nous, les *troubles parétiques* qui peuvent survenir du côté du pharynx. Il incrimine les narcotiques. On sait, en effet, que la belladone amène une sécheresse telle de la gorge que la déglutition est en quelque sorte supprimée. Il accuse aussi les boissons froides qui, si elles agissent sur des individus prédisposés (hystériques, neurasthéniques), peuvent parfois amener, comme le dit notre auteur, une paralysie du pharynx. Il ne pousse du reste pas plus loin l'étude de la pathogénie et après avoir indiqué assez fidèlement la symptomatologie, il passe au traitement. Trois moyens, suivant lui, peuvent être employés pour alimenter les malades ; mais l'un d'eux est inefficace, dit-il, et doit être absolument rejeté : ce sont les bains de lait. En effet, la physiologie expérimentale a démontré actuellement d'une façon certaine que la peau n'absorbe pas. L'alimentation par la soude œsophagienne est la plus appropriée. Il faut que l'instrument, en argent, soit d'une longueur suffisante, qu'on l'introduise sans brutalité, en faisant exécuter au patient des efforts de déglutition. Si les organes résistent, il ne faut pas s'obstiner de peur de faire fausse route ; on attend tranquillement que les contractions tumultueuses de la gorge se soient calmées. Les lavements nutritifs au lait, à la décoction d'orge, offrent également une précieuse ressource. Les aliments introduits dans l'intestin pénètrent dans l'estomac malgré la valvule décrite par Galien, ou bien le sang s'en em-



pare directement à cause de l'attraction que détermine le besoin dans un organisme affamé.

Avenzoar avait fixé d'autre part son attention sur la *trachéotomie* ; et comme il n'osait pas opérer sur l'homme, il avait exécuté sur une chèvre l'ouverture de la trachée. L'animal avait parfaitement guéri et Avenzoar en conclut que cette opération est parfaitement réalisable et qu'elle peut sauver certains malades, qui sans elle succomberaient fatalement à l'asphyxie.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE  
ET DE RHINOLOGIE

SESSION DE 1901.

Président : M. NOQUET

Séance du 4<sup>er</sup> mai.

1. F. FURET. — **La sinusite sphénoïdale chronique. Rapport**<sup>(1)</sup>. —  
ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — L'étiologie de la sinusite sphénoïdale demeure obscure dans la plupart des cas, et cela tient vraisemblablement à ce que l'affection n'est reconnue d'ordinaire que longtemps après son début, trop tard pour qu'on puisse reconstituer l'histoire du malade. On est d'accord cependant pour accorder à la *grippe* une influence prépondérante dans l'écllosion des sinusites. Avec la grippe, il faut incriminer les *conditions anatomiques* de la cavité sphénoïdale, dont le plancher est parsemé d'irrégularités, de fossettes, où la muqueuse s'excave et se replie, et où, par suite, l'infection se loge plus facilement. En outre, l'orifice naturel, même dans les cas les plus favorables, est toujours très élevé au-dessus du plancher, comme l'orifice du sinus maxillaire. Enfin, en cas d'inflammation, l'ostium est encore rétréci par le gonflement de la muqueuse. En dehors de la grippe, quelques maladies infectieuses paraissent jouer un rôle dans l'étiologie. On a cité l'*érysipèle*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *pneumonie*, la *fièvre typhoïde*, la *diphthérie*. On a pu invoquer encore le *traumatisme* direct et indirect, et les *corps étrangers*. La *syphilis* et la *tuberculose*, la première surtout, se localisent aussi parfois dans la région du sinus sphénoïdal. La question du rapport de la *rhinite atrophique* avec les sinusites, et en particulier la sinusite sphénoïdale, est loin d'être élucidée malgré de nombreux faits observés. Un point hors de conteste, c'est que l'empyème sphénoïdal se complique, dans de nombreux cas, d'empyèmes de voisinage, et surtout d'*ethmoïdite postérieure*.

(1) Résumé du rapport lu à la Société française de laryngologie. Le travail débute par une étude historique et anatomique.

*Age. Sexe. Fréquence.* — La sinusite sphénoïdale survient dans l'âge moyen de la vie, entre 25 et 40 ans. Elle est rare chez les enfants et chez les vieillards. Le sexe ne paraît pas jouer un rôle. Bien que quelques auteurs la considèrent comme fréquente, il semble au contraire que cette affection soit assez rare, plus rare en tous cas que la sinusite maxillaire et la sinusite frontale. Peut-être cette rareté n'est-elle qu'apparente, et diminuera-t-elle lorsqu'on recherchera avec plus de soin du côté du sphénoïde la cause de céphalalgies et de névralgies opiniâtres et de pharyngites rebelles à tous les traitements.

*ANATOMIE PATHOLOGIQUE.* — Le pus est d'ordinaire crémeux, nettement phlegmoneux et fluide. Dans les cas trop rares où l'on en a fait l'examen bactériologique, on a trouvé le bacille de l'influenza, le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque blanc. On a trouvé aussi un gros et long bacille, souvent groupé par deux, gardant le Gram et dégageant une odeur fécaloïde. La muqueuse paraît se comporter, en cas d'inflammation, comme celle des autres cavités annexes. Au début, elle est à peine modifiée, puis elle devient œdématiée, infiltrée, hyperhémie.

*SYMPTOMATOLOGIE.* — Les symptômes sont variables suivant les sujets. Ils peuvent être négligeables et se borner à des troubles très peu indiqués, dans des cas où les lésions de la muqueuse sont peu accentuées, lorsque l'ostium est bien ouvert et placé peut-être au voisinage du plancher. Mais ces cas sont rares ; le plus souvent, le malade souffre et dépérit.

*I. Symptômes subjectifs.* — En première ligne, il faut citer la douleur, surtout la *céphalgie* qui peut affecter diverses formes : hémicrânie, douleur frontale ou occipitale, lourdeur de tête, etc... C'est d'ordinaire une douleur profonde, gravative, continue, bien localisée.

L'écoulement du pus n'a pas, dans la sinusite sphénoïdale, la même importance que dans l'empyème fronto-maxillaire. Le malade mouche peu, le pus est fluide, crémeux, sans grand caractère, le plus souvent, il n'est pas fétide. Le malade crache plus qu'il ne mouche. Parfois, le pus se concrète dans le pharynx et le malade le rejette sous forme de croûtes.

Quelques auteurs ont signalé des *vertiges*, des *troubles psychiques*, *hypochondrie* et *neurasthénie*.

Les *troubles oculaires* peuvent être très marqués et dominer la scène. *Larmoiement*, *photophobie*, *blépharospasme*, *troubles de l'accommodation*, etc.

Il faut signaler tout particulièrement les modifications de l'état

général qui résultent de la pénétration du pus dans les voies respiratoires et dans les voies digestives. Ces troubles se manifestent dans la sinusite sphénoïdale avec un relief tout particulier, et ne met en rapport ni avec la quantité de pus absorbé, ni avec les lésions locales. Très fréquemment, on observe une *teinte chlorotique*, une *pâleur livide*. Les malades ont de la *dyspepsie*, des *vomissements*, de la *diarrhée* ; ils sont fatigués continuellement. *L'amaigrissement* peut être très marqué.

II. *Symptômes objectifs. Rhinoscopie antérieure.* — Quelquefois, on ne voit rien au premier examen, il n'y a pas de sécrétion dans le nez, et la muqueuse semble normale dans toutes ses parties. En règle générale, le premier signe qui attire l'attention est la présence de *pus* ou de *muco-pus* dans la fente olfactive. En même temps, on peut observer à ce niveau des *modifications de la muqueuse*, qui est rouge, tomenteuse, boursoflée.

La sécrétion purulente peut être très atténuée et remplacée par la production de croûtes qui, dans certains cas, sont extrêmement abondantes. Ces croûtes sont grisâtres, molles, assez minces ; concrétées en bloc, elles ressemblent aux croûtes de l'ozène. Mais elles ne sont pas fétides, ne contiennent ni le microbe de Löwenberg, ni celui de Belfanti et della Vedova. En outre, il n'y a pas d'atrophie des cornets inférieurs.

*Examen du pharynx. Rhinoscopie postérieure.* — Dès qu'on fait ouvrir la bouche du malade, on constate des lésions de la paroi postérieure du pharynx, qui apparaît rouge, sèche, vernissée. Ça et là on voit des traînées de muco-pus descendant de la voûte. Dans la naso-pharynx, les lésions sont encore plus marquées. On trouve généralement des croûtes partant du bord supérieur de la choane, et s'étalant sur toute la voûte du pharynx. On voit aussi du pus baignant l'extrémité postérieure des cornets.

DIAGNOSTIC. MOYENS D'EXPLORATION. — 1° *Exploration avec le stylet boutonné.* — Après cocaïnisation, et, bien entendu, sous le contrôle de la vue, l'instrument est dirigé à travers la fente olfactive vers le sphénoïde. On peut constater par ce moyen de la nécrose de la paroi antérieure. On peut aussi, en tâtonnant, gagner l'ostium et pénétrer dans la cavité ; on aura parfois, dans ce cas, la chance de voir le pus s'écouler et filer le long de la sonde.

2° *Cathétérisme.* — Au lieu d'un stylet, on emploie une sonde spéciale, ou une simple sonde d'Hard de petit calibre. L'instrument ayant pénétré dans la cavité, on fait un lavage et on obtient ainsi l'issue d'une quantité plus ou moins grande de pus.

3° *Fonction exploratrice.* — Ne doit être utilisée qu'en cas

d'échec du moyen précédent. Est peu recommandable parce que dangereuse, attendu qu'un instrument droit, passant par l'épine nasale antérieure et le milieu de la face antérieure du sphénoïde, vient aboutir, non pas dans la paroi postérieure, mais dans la paroi supérieure, au niveau de la selle turcique.

*4<sup>e</sup> Résection du cornet moyen* — Dans une fosse nasale normale, la face antérieure du sphénoïde est masquée complètement par le cornet moyen. Si on fait disparaître cet obstacle, on obtient une vue directe de la région et on peut avoir ainsi le véritable *signe de certitude*, c'est-à-dire la *constatation visuelle d'une suppuration venant de l'ostium*. La résection du cornet est une opération simple et sans danger. On la pratique sous l'anesthésie cocaïnique avec l'anse chaude ou des pinces coupantes de modèle spécial. On la pratique plus aisément encore avec la curette fenêtrée, coudée, de A. Martin : on entre la curette à plat au-dessous du cornet moyen et on engage dans son ouverture l'extrémité postérieure du cornet. On remonte ensuite l'instrument par petits coups, de haut en bas et d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par l'union de l'os avec le labyrinthe ethmoïdal. A ce moment, on tire franchement en avant, en rasant la paroi externe, et on ramène au dehors le cornet entièrement détaché et enserré dans la curette. L'opération dure à peine quelques secondes. Par la résection du cornet moyen, les parties profondes de la fosse nasale sont accessibles à la vue ; dans la grande majorité des cas, cette petite opération permet d'établir à coup sûr le diagnostic.

*Sinusites combinées. Pansinusites.* — Souvent la sinusite sphénoïdale est bilatérale. La cause en est difficile à préciser. Il peut exister un orifice de communication entre les deux sinus ; l'infection peut se faire par voie vasculaire ; enfin, on a observé des cas d'ostéite de la cloison intersinusienne.

L'empyème des cellules ethmoïdales postérieures est fréquemment associé à la sinusite sphénoïdale. Pour faire le diagnostic exact, il est indispensable de sacrifier le cornet moyen. L'examen à l'aide d'un stylet pourra mettre en évidence un point nécrosé, derrière lequel on trouvera une cellule pleine de pus.

Les difficultés du diagnostic sont plus grandes quand il existe en même temps un empyème fronto-maxillaire, car les signes de cette affection ont d'ordinaire un tel relief qu'ils masquent infailliblement au début les signes moins bruyants de la sinusite sphénoïdale.

COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES. — Elles sont loin d'être rares. La cause ordinaire est l'infection d'origine grippale. La scarlatine,

la rougeole, la diphthérie paraissent également avoir une influence. Il faut citer à part la *syphilis* dont la localisation sphénoïdale est redoutable.

On peut penser que l'infection est souvent favorisée par une obstruction mécanique de l'ostium. D'autant plus que la mise à nu de la dure mère et la perforation de la paroi crânienne ne sont pas des conditions indispensables pour que des germes septiques passent d'une cavité dans l'autre. L'infection se produit dans ces cas par *voie veineuse* ou par *voie lymphatique*. Cependant l'ostéite avec ou sans perte de substance est la règle.

Dans la plupart des cas, c'est la *méningite* qui prédomine. On a observé aussi la *thrombo-phlébite* du sinus caverneux. L'abcès extra ou intra-dural est plus rare.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la sinusite sphénoïdale doit toujours être réservé.

TRAITEMENT. — En dehors des cas spéciaux qui nécessitent des opérations exceptionnelles, on peut aborder la sphénoïde par trois voies principales :

1° Par la *voie naturelle* ou *intra-nasale*, employée par la majorité des rhinologistes ;

2° Par la *voie du sinus frontal* (Jansen, Taptas) ;

3° Par la *voie du sinus maxillaire* (Jansen, Luc, Furet).

1. *Voie naturelle* ou *intra-nasale*. — La résection préalable du cornet moyen est nécessaire. On n'est autorisé à laisser le cornet en place seulement lorsque la fosse nasale est élargie anormalement par une déviation de la cloison, ou par une rhinite atrophique. Dans ces cas-là, la paroi antérieure du sphénoïde peut être directement accessible à la vue et aux instruments.

La trépanation est faite, l'ostium servant de point de repère avec une *curette*, la *pince coupante* de Quincaud, le *crochet* de Hajek, ou la *tréphine* de Spiers, même par l'électricité.

Quel que soit le procédé employé, le point important est de faire une ouverture aussi large que possible. Lorsque la trépanation est faite on tamponne à la gaze iodoformée. Le tamponnement ne doit pas rester en place plus de deux jours. Tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas, on fait le pansement qui consiste en grands lavages à l'eau bouillie, chaude, légèrement phéniquée, et en badigeonnages de la cavité avec le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent en solution au 1/20<sup>e</sup> ou même au 1/10<sup>e</sup>.

La guérison est d'ordinaire assez lente.

2. *Voie du sinus frontal*. — Cette voie n'est indiquée que lorsqu'il existe, avec la sinusite sphénoïdale, un empyème du sinus

frontal et des cellules de l'ethmoïde. Jansen pratiqua le premier, en 1893, cette opération, qui a été récemment modifiée par Tapas. Elle consiste à ouvrir d'abord et à nettoyer le sinus frontal ; cela fait, on pénètre dans le labyrinthe ethmoïdal antérieur et on détruit, à l'aide d'un conchotome fin ou d'une curette, en cheminant d'avant en arrière, toutes les cellules ethmoïdales. On creuse ainsi, à travers l'ethmoïde, un tunnel limité en haut par la lame criblée, en dehors par la lame papyracée. On est conduit ainsi sur le sphénoïde qu'on aborde dans sa portion externe et qu'on peut ouvrir largement. Les pansements du sinus sont faits par le nez.

3. *Voie du sinus maxillaire.* — Cette opération a été proposée par Jansen, en 1897, au congrès de Moscou. Cet auteur exposa pour la première fois que, dans des cas d'empyème combiné des cavités accessoires, il avait utilisé la brèche maxillaire pour ouvrir en même temps les cellules postérieures de l'ethmoïde, et, après elles, la paroi du sinus sphénoïdal. Comme on voit, là aussi le sinus est abordé, comme précédemment, *dans le prolongement des cellules de l'ethmoïde*, et son ouverture constitue une partie secondaire de l'opération.

Après Jansen, Luc eut l'occasion, également dans un cas de pansinusite, de pratiquer la même opération.

En décembre 1900, Furet ouvrit à son tour le sinus sphénoïdal par voie maxillaire chez une jeune fille atteinte d'empyème double, sans suppuration des autres cavités accessoires. Cette opération se distingue de celle de Jansen par trois points : le premier est que l'on a ouvert, de propos délibéré, un sinus maxillaire sain pour arriver sur le sphénoïde ; le second est que la brèche sphénoïdale a été pratiquée directement au-dessus de la choane, entre l'ethmoïde et la cloison ; enfin, on a pu ouvrir les deux sinus sphénoïdaux par une brèche unique faite dans le maxillaire gauche. L'auteur ne s'est décidé à cette opération qu'après six mois de traitement infructueux et très mal supporté par voie nasale. Le résultat fut d'ailleurs excellent. La malade, dont l'état général était franchement mauvais avant l'opération, a été immédiatement améliorée, et, trois mois plus tard, la guérison était parfaite.

Voici la description de l'opération, le cornet moyen ayant été préalablement réséqué :

Après chloroformisation et désinfection aussi complète que possible du champ opératoire, le sinus maxillaire est ouvert selon le procédé de Caldwell-Luc. On agrandit dans tous les sens

la brèche osseuse avec la pince coupante, surtout en dedans, vers le nez. Cela fait, il est nécessaire de se munir d'un bon éclairage artificiel, tel qu'une lampe électrique frontale. On attaque alors, avec la gouge et le maillet, la paroi interne du sinus pour établir une large communication entre sa cavité et la fosse nasale. On poursuit la résection de toute cette paroi jusqu'à atteindre au fond l'angle postérieur et en haut la paroi supérieure du sinus. La voie est ainsi largement ouverte à travers les parois antérieure et interne de l'antra d'Highmore, et on a sous les yeux toutes les parties profondes de la fosse nasale, choane, partie postérieure de la cloison, paroi antéro interne du sphénoïde.

Alors, laissant en dehors le labyrinthe ethmoïdal, on applique la gouge directement au-dessus de la choane, et, en quelques coups de maillet, on ouvre le sinus. On n'a plus qu'à agrandir la brèche avec la double curette de Lubet-Barbon pour établir très rapidement une large communication entre la cavité sphénoïdale et la fosse nasale.

L'opération est ainsi terminée. Il ne reste qu'à faire un tamponnement peu serré à la gaze iodoformée et à suturer au catgut la paroi gingivo-labiale.

Lorsque la suppuration est bilatérale, on utilise la brèche pratiquée à travers le sinus maxillaire et le sinus sphénoïdal correspondant, pour ouvrir ensuite la cavité sphénoïdale de l'autre côté. La cloison intersinusienne est d'abord effondrée à la curette ; dans un second temps, on introduit la double curette avec laquelle on résèque aisément une portion importante du bec du sphénoïde, de la cloison intersinusienne et de la paroi antérieure du sinus opposé. L'opération s'achève comme précédemment par un tamponnement à la gaze iodoformée, et les pansements consécutifs sont faits par voie nasale.

Les avantages de la voie maxillaire, comme voie d'accès vers le sphénoïde, sont évidents :

D'abord, c'est la voie la plus courte. En effet, tandis que la distance des narines à la paroi antérieure du sinus sphénoïdal est de 7 à 8 centimètres en moyenne, il n'y a plus que 4 à 5 centimètres environ, entre la paroi antérieure du sinus maxillaire et celle du sinus sphénoïdal. C'est aussi la voie la plus large ; le sphénoïde est bien en vue sous les yeux et sous la main de l'opérateur.

L'opération par voie maxillaire est donc l'opération de choix.



*Discussion.*

AUGIÉRAS. — En traitant du pronostic, M. le Rapporteur affirme que la sinusite sphénoïdale n'a aucune tendance à la guérison spontanée : Cette règle semble exacte. Cependant j'ai observé un cas qui y fait exception. A cause de la rareté du fait, il me semble intéressant de le rapporter.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, bien constituée, ne présentant aucun signe de syphilis ou de tuberculose, qui se présenta à moi pour une sinusite sphénoïdale, consécutive à l'influenza, dont les symptômes les plus pénibles étaient la céphalée, l'écoulement de pus dans le pharynx, et la cacosmie subjective et remontaient à un an. Après une période de pansements divers, ces phénomènes étaient atténués quand je constatai par la rhinoscopie postérieure une petite croûte à la face supérieure du pharynx. Cette croûte enlevée laissa un orifice fongueux à travers lequel le stylet put pénétrer dans la cavité du sinus. Des lavages et pansements pratiqués par cet orifice amenèrent la disparition des accidents.

Dans ce cas, l'évolution même de l'affection avait abouti à l'ouverture du sinus dans une position absolument favorable à son drainage et remplacé une intervention opératoire.

JACQUES (Nancy) s'élève contre la prétendue rareté des sinusites sphénoïdales chroniques. Il en a observé lui-même 8 ou 10 cas et opéré plusieurs, dont l'un bilatéral, sous chloroforme, par voie nasale. D'ailleurs Schaeffer, de Brème, qui a le premier bien décrit l'empyème du sphénoïde, en relate 220 cas chroniques recueillis en quinze années. L'autorité du savant allemand et sa compétence spéciale garantissent l'authenticité des faits avancés. Ce qui semble rare, c'est l'empyème sphénoïdal isolé, à l'exclusion de toute participation des cellules ethmoïdales postérieures. C'est à cette forme relativement commune de sinusite, — ethmo-sphénoïdite s'accusant principalement par une filtration de pus crémeux entre les lèvres tuméfiées, macérées et accolées de la fente olfactive, avec douleurs profondes, tiraillements et sensation de brûlure rétro oculaires —, que convient particulièrement l'opération transmaxillaire de Jansen, reprise par Furet. Cette opération, qui entraîne presque fatalement la blessure des troncs artériels et nerveux du trou sphéno-palatin, si on n'utilise pas la voie des cellules ethmoïdales postérieures pour pénétrer dans la cavité du sphénoïde, comporte des indications assez restreintes.

Pour ce qui est de la sinusite aiguë de l'antre sphénoïdal, elle existe bien réellement et se montre à qui la recherche, surtout au cours d'épidémie grippale. Schaeffer en cite 60 cas.

**2. LUBET-BARBON. — Œdème inflammatoire aigu et abcès du larynx.** — C'est à proprement parler la laryngite phlegmoneuse que l'auteur a en vue. Les lésions peuvent rester diffuses ou donner lieu à une collection.

La caractéristique est, le début brusque survenant après un coup de froid, la marche rapide et dramatique de l'affection, l'utilité d'un traitement rationnel pouvant faire éviter la trachéotomie.

La dyspnée et la dysphagie sont les deux symptômes les plus marquants.

Ce qui caractérise la dyspnée, c'est qu'elle survient dès le début des accidents et qu'elle atteint son maximum dans les quarante-huit premières heures.

Elle reste menaçante pendant trois jours et diminue ensuite tandis que l'infiltration se résout. Elle peut être exacerbée et devenir paroxystique avec accès de suffocation par les mouvements, la toux, la déglutition. Celle-ci est toujours douloureuse, difficile et maladroite, et elle est la cause fréquente des accès qui peuvent exiger une intervention rapide : tubage ou trachéotomie.

L'indication urgente de l'intervention est rare passé les quarante-huit premières heures, il faut donc gagner du temps. On y arrive par l'application de la cravate humide, les pulvérisations et les fumigations chaudes, les insufflations de poudre de morphine et enfin par la ponction profonde pratiquée au point où le gonflement est le plus marqué.

**3. E. J. MOURE (de Bordeaux). — Abcès amygdaliens. Diagnostic et traitement.** — Jusqu'à ces dernières années, tous les auteurs qui ont écrit sur les abcès de l'amygdale se sont bornés à les diviser en abcès péri-amygdaliens et intra-amygdaliens. Cela tient à ce que le diagnostic n'a pas été établi assez hâtivement pour que l'on puisse voir sur quel point a porté l'infection et où a commencé à se faire la collection purulente. M. Moure pense en effet, que souvent, quarante-huit heures, ou trois à quatre jours après le début de la lésion, on peut déjà voir le point abcédé, aussi divise-t-il les abcès péri-amygdaliens en antéro-supérieurs, postérieurs et externes. Les abcès intra-amygdaliens constituent le dernier groupe.

Une série de symptômes très nets, exposés par l'auteur, permettent de reconnaître les différentes localisations.

Le diagnostic étant posé de bonne heure, il est possible d'intervenir ; mais comme le histouri manœuvré avec toutes les précautions voulues ne peut, à cette période, aller dans la profondeur du tissu amygdalien sans provoquer d'hémorrhagie souvent très grave, M. Moure pense que le seul instrument possible en pareil cas est le galvano-cautère. En effet, on peut, grâce à cet instrument, faire une large et profonde incision au fond de laquelle, à l'aide de la sonde cannelée, on donnera le jour à la collection purulente. Cette manière d'agir permet non seulement d'éviter toute effusion sanguine, mais elle constitue encore un drainage parfait qui dure encore alors que l'abcès est bien vidé, d'où guérison complète et certaine en peu de temps.

4. CASTEX. — **Sinusite maxillaire grave chez un nouveau-né.** — Castex communique l'observation d'un nouveau-né, enfant de 5 semaines, qui présentait une suppuration du sinus maxillaire droit faisant issue par la narine et compliquée de deux foyers purulents, l'un sous le périoste palatin et l'autre dans la paupière inférieure. Une incision fut menée horizontalement sur la face antérieure du bord alvéolaire et pénétra facilement dans le sinus. De cette incision sortirent trois dents de lait. La sonde cannelée décolla largement la fibro-muqueuse de la voûte palatine et la paupière inférieure fut incisée dans sa continuité avec la joue. Injections à l'eau stérilisée chaude et bourrage de ces diverses cavités à la gaze aseptique.

L'ensemencement sur gélose, fait à l'Institut Pasteur par Martin, avec le pus recueilli, a donné une culture pure de staphylocoques.

Les dents ont été examinées ensuite par le Dr Cruet.

Les suites ont été favorables. De petits séquestres blanchâtres se sont détachés du bord alvéolaire au bout de vingt-cinq jours.

La mère qui allaitait son enfant avait eu des furoncles aux fesses et présentait encore des abcès du mamelon.

Castex pense qu'il s'est agi d'une infection staphylococcique, transmise de la mère à l'enfant à travers un ou plusieurs sacs folliculaires et ayant déterminé non seulement de la sinusite, mais de l'ostéomyélite du squelette environnant.

5. LANNOIS (de Lyon). — **Hystérie grave déterminée par la présence d'une aiguille dans l'oreille.** — Rapporte l'histoire d'une

jeune hystérique qui, deux ans auparavant, avait été prise d'une surdité brusque et absolue des deux côtés, ayant duré un mois à droite et plus d'un an à gauche. Peu après elle fut soignée pour pseudo-méningite hystérique et enfin sont apparues des crises allant de une à six par jour. Depuis son accès de pseudo-méningite, elle présentait en outre une paraplégie presque complète avec varus des deux pieds. C'est pour cela qu'elle entra à l'hôpital.

L'examen direct fit découvrir dans son oreille gauche un fragment d'aiguille de 1 centimètre et demi qui y séjournait depuis plus de deux ans. — Guérison complète après cette ablation.

L'auteur insiste sur la nécessité de rechercher dans l'hystérie la cause physique ou psychique qui provoque ses manifestations localisées ou généralisées. C'est en agissant sur cette cause qu'on a le plus de chance d'obtenir la guérison.

6. NATIER (Marcel) (Paris). — **Faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez des névropathes. Troubles de la voix parlée et chantée. Traitement par la gymnastique respiratoire** (avec 2 figures). — L'acte respiratoire a une importance physiologique de tout premier ordre, puisque ses fonctions ne sauraient être suspendues depuis l'instant de la naissance jusqu'au moment de la mort. En effet, les échanges incessants auxquels sont soumis les gaz de la respiration, au niveau des alvéoles pulmonaires, sont absolument indispensables à la vie. Aussi toute rupture de l'équilibre dans le jeu régulier de la respiration devra-t-elle avoir, sur l'état général, un retentissement fâcheux capable de donner le change avec d'autres affections. Il importe donc de pouvoir se rendre un compte aussi exact que possible du fonctionnement de l'appareil pulmonaire et des muscles qui concourent à la respiration normale. Or, on y arrive, de façon précise, au moyen de l'appareil enregistreur dont il est fait un usage si fréquent par la phonétique expérimentale. C'est ainsi qu'avec la collaboration de M. l'abbé Rousselot et de M. Zund-Burguet, nous avons pu prendre quantité de tracés respiratoires qui nous ont révélé de très intéressantes particularités.

Parmi les patients soumis à notre observation, notre attention a été très vivement sollicitée par toute une catégorie de sujets faussement considérés comme atteints de végétations adénoïdes. A quelques-uns d'entre eux l'intervention avait été proposée, d'autres y avaient même été soumis, sans succès du reste, à plusieurs reprises. Dans tous les cas, nous avons pu démontrer

qu'en réalité il s'agissait de malades névropathes dont la respiration était plus ou moins défectueuse. Aussi nous a-t-il suffi de soigner l'état général et de faire pratiquer des exercices respiratoires méthodiques pour triompher sûrement de tous les symptômes morbides et cela, parfois, avec une rapidité vraiment surprenante.

L'enfant qui nous a servi de thème pour cette communication constitue un bel exemple de ce que nous avançons. C'était un « faux adénoïdien » dans toute l'acception du mot, absolument névropathe, atteint d'une atélectasie pulmonaire accentuée, dont la voix était complètement rauque et qui ne pouvait chanter. A la fin du traitement qui avait duré environ six semaines tout était rentré dans un ordre parfait : la voix parlée n'était plus du tout couverte et le chant était revenu. On devra donc s'abstenir soigneusement de jamais pratiquer des opérations soit dans le nez, soit dans le naso-pharynx chez des malades de ce genre.

7. BRÆCKERT, de Gand (résumé). — **Lymphangiosarcome (endothéliome intra-lymphatique) développé dans un polype muqueux du nez.** — L'observation qui fait l'objet de cette communication est intéressante parce qu'elle a trait à une transformation de polypes muqueux du nez en tumeur maligne, reconnue par l'examen histologique comme un *endothéliome*.

Le cas s'est rencontré chez un homme de 72 ans, qui avait été opéré, incomplètement et à plusieurs reprises, de polypes muqueux de la fosse nasale gauche. Depuis quelques semaines s'étaient déclarés des symptômes qui faisaient songer à une tumeur maligne.

L'opération fut faite par la voie naturelle à l'anse froide, à la curette et à la pince. La tumeur prenait son point de départ dans l'étage moyen de la fosse nasale, était pédiculée, et légèrement mobile.

En quelques jours la tumeur avait récidivé et une nouvelle intervention plus radicale fut faite pour désobstruer complètement le nez.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un *sarcome alvéolaire*, mieux appelé *endothéliome*, parce qu'il s'est développé aux dépens de l'endothèle des espaces lymphatiques (*endothéliome intralymphatique*).

D'après les diverses observations qui ont été publiées sur la transformation de polypes muqueux en tumeurs malignes, il

s'agit dans la généralité des cas de dégénération *sarcomateuses*. Les quelques cas de transformation de ces polypes en carcinomes épithéliaux ne sont pas à l'abri de toute critique parce que certaines tumeurs, comme celle relatée, à structure alvéolaire, à aspect épithélial plus ou moins accusé, peuvent être prises à tort pour des carcinomes ou des épithéliomes, alors que ce sont en réalité des sarcomes alvéolaires nés aux dépens des endothèles des parois vasculaires ou des espaces lymphatiques.

Les endothéliomes n'ont été étudiés que dans ces dernières années : en rhinologie ils sont extrêmement rares et il n'y a guère qu'un ou deux cas de relatés.

Au point de vue clinique, ce sont des tumeurs malignes dont les caractères se rapprochent sensiblement des carcinomes et de certaines formes de sarcomes, amenant toutefois moins vite l'infection générale de l'organisme et la cachexie.

On doit faire l'ablation large et radicale des endothéliomes, car une ablation partielle constitue un véritable coup de fouet et est suivie d'une repullulation prompte et intense.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

**Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie**, par M. MENIER (*Thèse de Bordeaux 1901*).

L'auteur passe en revue le mode d'action de la vapeur d'eau chaude, son emploi, procédé très douloureux, puis le mode d'action de l'air chaud. En fait d'instrumentation, il rappelle les premiers appareils employés, pour arriver à la description de celui qui a été publié par Lermoyez et Mahu (*Annales*, juillet 1900) et modifié quant à la propulsion de l'air par Lichtwitz (*Annales*, avril 1901).

Il termine, enfin, par quelques observations personnelles qui ne font que confirmer les dernières publications faites sur le sujet.

L. EGGER.

---

#### ANALYSES

##### NEZ ET SINUS

**Un cas de sclérome des voies respiratoires supérieures**, par BUNZL-FEDERN (*Prager med. Woch.*, 1899, p. 145).

Jeune homme de 19 ans, originaire de la Bohême, bien portant jusqu'à la maladie actuelle. Depuis trois ans il éprouve un certain

degré de dyspnée : peu après le début de ce symptôme morbide, il constata la production de croûtes dans la narine droite, et il eut des épistaxis fréquemment ; plus tard il s'y joignit de l'expectoration de croûtes, enfin la narine gauche se prit aussi. La dyspnée allait croissant toujours, et la nuit il survenait des accès d'étouffement très angoissants, terminés généralement par l'expulsion d'une croûte. Lorsque l'auteur le vit pour la première fois, il présentait de la dyspnée, du cornage et de l'aphonie ; l'espace sous-glottique était tapissé par des croûtes d'un vert noirâtre, de même que la narine droite ; la première impression fut celle d'un cas d'ozène du larynx et de la trachée, mais les inhalations et les lavages ayant nettoyé la surface, on se trouva en présence du tableau suivant : les cordes vocales sont rouges et élargies et portent au niveau du processus vocal des tumeurs hémisphériques, dures, celle de droite beaucoup plus grosse ; la corde gauche offre une tumeur plus petite dans sa partie antérieure ; au-dessous de la corde droite on voit une très grosse tumeur obstruer la lumière, plus profondément, à la hauteur du cricoïde une autre tumeur postérieure cache le tiers du calibre de la trachée. Enfin le cornet inférieur de la narine droite porte une tumeur de la grosseur d'une cerise et le cornet moyen du même côté deux tumeurs plus petites.

Le pharynx est également légèrement atteint, plusieurs petits nodules occupent la surface postérieure du voile du palais, ainsi que le repli salpingo-palatin droit et la face postérieure de la cloison nasale, laquelle semble d'ailleurs épaissie. Il n'y avait nulle part la moindre trace d'ulcération. Ce qui faisait hésiter le diagnostic, c'est la rareté du sclérome en Bohême, et la plus grande rareté encore du sclérome de la trachée ; mais on apprit que le patient avait passé quatorze ans de sa vie en Wolinie, et il est bien connu que les provinces du sud-ouest de la Russie sont un des foyers européens du rhinosclérome. Enfin l'examen microscopique et l'examen bactériologique levèrent tous les doutes en offrant l'aspect histologique caractéristique et en culture les bactéries pathogènes. Le traitement consiste dans l'ablation des tumeurs nasale et laryngée et dans la dilatation progressive à l'aide des tubes O'Dwyer. Quant au point de départ du sclérome, il paraît avoir été laryngé dans ce cas, à en juger par les symptômes respiratoires du début.

M. N. W.

**Sarcome primitif du nez**, par A. SCOTT WORTHIN (*New-York, med. journal*, 24 juin 1899).

Ce cas de sarcome à cellules polymorphes et à début primitif

dans le nez, se montre remarquable par son extrême tendance aux métastases. Ce fait est d'autant plus intéressant que les sarcomes du nez ont en général paru (observations de Bosworth, de Warren, de Boylan) moins envahissants que ceux des autres régions. Chez le malade de Scott, des noyaux secondaires existaient un peu partout. On en trouva à l'autopsie dans presque tous les organes. Le plus intéressant occupait le ventricule droit du cœur.

Scott montre que ces sarcomes peuvent naître des cornets, des os du nez, du périoste, des cartilages, du septum, des muscles, des vaisseaux, du tissu conjonctif. Mais il discute la possibilité de la transformation de polypes simples en sarcomes. Il croit que les faits observés ont été une simple coïncidence. Souvent aussi les sarcomes du nez ont un aspect pseudo-polypeux trompeur à l'œil nu.

A. F. PLICQUE.

**Considérations générales sur le traitement des sinusites frontales,**  
par ETIÉVANT (de Lyon). *Echo médical de Lyon*, mai 1899.

L'auteur fait un parallèle entre les différents procédés usités pour le traitement des sinusites frontales. Il est prématuré de s'appuyer sur les résultats des recherches bactériologiques pour définir la ligne de conduite à suivre. Les lavages par les voies naturelles ne sauraient assurer la guérison des sinusites un peu anciennes. Il faut curetter complètement la cavité du sinus et rétablir, avec le plus grand soin, la perméabilité du canal naso-frontal. La voie frontale est de beaucoup supérieure à la voie orbitaire. La désignation consécutive est insignifiante et la guérison définitive si l'on curette minutieusement le canal naso-frontal.

E. L.

**Sinusite frontale,** par A. O. PRINGST (*Med. Age*, in *Laryngoscope*, juin 1899).

La forme de sinusite frontale la plus commune est celle qui est accompagnée d'un exsudat séreux, la simple inflammation catarrhale. La céphalée si fréquente en même temps que le froid dans la tête, est souvent due à l'accumulation de fluide dans le sinus frontal. P. a vu un malade ayant une perforation spontanée de l'os et des parties molles immédiatement au-dessous de l'angle su-orbitaire.

Exceptionnellement, le pus collecté dans le sinus frontal est très épais, d'un brun foncé, d'un caractère muqueux (mucocèle). L'auteur a observé 2 cas de ce genre dans le service de Knapp, à New-York.

L'antisepsie des fosses nasales suffit à améliorer le catarrhe



simple. La cavité doit être soigneusement nettoyée et on insérera un drain établissant la communication avec le nez. On accordera la préférence au procédé d'Ogston-Luc.

**Sinusite frontale, cinq observations,** par WALKER DOWNIE (*Glasgow, med. journ.*, mai 1899, p. 341).

Dans toutes ces observations il s'agit d'empyèmes chroniques du sinus frontal ; l'opération a consisté dans l'ouverture à l'aide d'une incision sourcilière, suivie de l'évidement du sinus, de l'établissement d'une large communication avec la fosse nasale correspondante, du tamponnement à l'aide de gaze antiseptique au cyanure de mercure, la mèche sortant dans la narine ; la plaie faciale a toujours été complètement suturée et a guéri par première intention ; la mèche a été enlevée au bout de huit à quinze jours, et la suppuration s'est trouvée complètement tarie. Dans un cas il y a eu récurrence de la sinusite polypeuse et suppurative, et la même opération a dû être exécutée une deuxième fois, cette fois en laissant une ouverture frontale qui laissa une fistule insinifante.

M. N. W.

---

#### NÉCROLOGIE

**G. FICANO**

L'*Archivio* de Gradenigo nous apprend la mort du Dr G. FICANO, qui a succombé à Palerme, le 4 mai dernier, à la suite d'une infection contractée en soignant un malade. Né en juin 1859 et docteur en 1884, F étudia la spécialité à Vienne, Berlin et Paris, où il fut pendant quelque temps l'assistant de Chatellier. De retour en Sicile, il eut, en 1890, la direction d'un dispensaire créé pour lui à l'hôpital Saint-Xavier de Palerme et, en 1895, il obtint le titre de docteur. La plupart de ses travaux ont paru dans le *Bollettino* de Grazi et dans la *Gazzetta degli ospedali*.

---

#### NOUVELLES

Dans sa séance du 3 mai dernier, la *Société de laryngologie de Berlin* a élu les D<sup>rs</sup> GUGGENHEIM et LERMOYER, membres correspondants.

Le concours pour une place de *médecin des hôpitaux de Lyon* s'est terminé par la nomination de notre collaborateur, le Dr COLLET, agrégé à la Faculté de médecine.

La 2<sup>e</sup> session du Congrès de la *Presse médicale* aura lieu à Bruxelles, en octobre 1901.

La nouvelle Clinique otologique de la Charité, dirigée par le Prof. TRAUTMANN, a été inaugurée le 4 mai.

Nous lisons dans l'*Archiv für ohrenheilkunde* que le Prof. TRAUTMANN vient de faire faire, sur ses indications, sept modèles plastiques reproduisant l'opération radicale dans ses diverses phases. Ces pièces, d'une exécution parfaite, seront aussi utiles pour l'enseignement que pour les médecins désirant étudier le mode opératoire.

Ces modèles, en papier mâché, ont été exécutés par le Dr FROESE qui, depuis 1892, travaille à l'Institut anatomique de Berlin et ils sont livrés au prix de 100 mk., par la maison Benninghoven et Sommer, Thurnstrasse 19, à Berlin.

Les reproductions sont les suivantes :

1. Incision à travers la peau et le périoste à 3/4 de centimètre en arrière de l'apophyse auriculaire. — 2. Périoste relevé, apophyse mastoïde dégagée. En avant, on voit le conduit auditif membraneux, le revêtement osseux du conduit auditif externe, à la partie supérieure, la spina supra meatum, au-dessus, la ligne temporale, et à la pointe, l'insertion du muscle sterno cléido-mastoïdien. — 3. Ouverture large de l'antre mastoïdien. — 4. Ouverture de l'antre, abrasion de la paroi postérieure du conduit auditif. — 5. Ouverture de l'antre, excision du feuillet inférieur de la paroi supérieure du conduit auditif, ablation de la paroi postérieure et des osselets. Incision du conduit auditif externe verticalement et horizontalement à la formation du lambeau. — 6. Lambeau suturé dans l'angle inférieur de la plaie. — 7. Dégagement du sinus et des trois canaux semi circulaires.

Les titre et rang de *Professeur extraordinaire* ont été décernés au Dr R. HAUG, privat-docent à la Faculté de médecine de Munich.

La *Berliner klinische Wochenschrift* annonce que le 2 mai dernier, le Prof. B. FRAENKEL a fait une leçon d'ouverture à l'occasion de l'inauguration des nouveaux locaux de la Clinique de laryngologie et rhinologie. L'auditoire était très nombreux. MM. WEYER, sous-secrétaire d'Etat, et NAUMANN représentaient le ministre des Cultes, M. THÜR, le ministre des Travaux Publics, M. GERHAR, le ministre des Finances, étaient présents aussi les Dr von COLER et STAHR, médecins militaires, M. MÜLLER, directeur de la Charité, et M. REDLICH, architecte. Beaucoup d'anciens assistants de la Clinique assistaient à la cérémonie. Dans sa harangue, le Prof. FRAENKEL traita des rapports de la spécialité avec la médecine générale, puis il présenta des malades atteints de tuberculose et de cancer du larynx. On procéda ensuite à la visite du nouvel édifice, dont la description détaillée sera publiée ultérieurement dans la *Berliner klin. Wochenschrift*.

L'Association laryngologique américaine a tenu sa 23<sup>e</sup> réunion annuelle à New-Haven, Conn., les 27, 28 et 29 mai 1901, sous la présidence du Dr H. L. SWAIN (New Haven); *vice présidents* : H. L. WAGNER (San Francisco) et A. A. BLISS (Philadelphie); *secrétaire-trésorier* : J. E. NEWCOMB (New-York); *bibliothécaire* : J. H. BRYAN (Washington); *conseil* : C. H. KNIGHT (New-York), T. R. FRENCH (Brooklyn), W. E. CASSELBERRY (Chicago) et S. JOHNSTON (Baltimore).

#### Programme.

1. J. WRIGHT. Un feuillet de l'histoire ancienne de l'anatomie du catarrhe nasal. — 2. A. COOLIDGE JR. Asymétrie des fosses nasales. —

3. J. O. ROE. Epilepsie réflexe, d'origine nasale, traitée avec succès par la voie intra-nasale. — 4. A. A. BLISS. Opération supra-labiale (Dr Harrison Allen) pour les déviations de la cloison. — 5. S. SOLIS CORHEN. Œdème du pharynx, du palais et de la luette consécutif à l'application d'extraît surrénal. — 6. H. L. WAGNER. *a)* Peut-on éviter les hémorragies secondaires aux opérations nasales; *b)* Sarcome épipharyngien chez un enfant avec étude radiographique. — 7. J. E. RHODES. Chancre de l'amygdale. — 8. MAYO COLLIER. Respiration nasale en relation avec les affections du nez, de la gorge, de l'oreille et des sinus. — 9. W. F. CHAPPELL. Diagnostic des végétations adénoïdes de l'enfance. — 10. W. E. CASSELLBERRY. Deux observations de sinusite maxillaire séreuse. — 11. E. MAYER. Empyème de l'antre d'Highmore chez les enfants. — 12. J. H. BRYAN. Absès des sinus frontal, ethmoïdal et sphénoïdal, compliqué d'adénome des régions ethmoïdale et sphénoïdale postérieures. — 13. Discussion sur l'anesthésie générale pour les opérations sur le nez et la gorge : *a)* J. W. GLEITSMANN. Emploi de la mixture A. C. E. et du bromure d'éthyle pour les opérations d'adénoïdes; *b)* T. R. FRENCH. Oxyde nitrique, chloroforme et éther. — 14. F. H. BOSWORTH. Les amygdales à un point de vue purement clinique. — 15. J. H. GOODALE. Histologie des modifications rétrogrades des amygdales chez l'adulte. — 16. C. H. KNIGHT. Nodules vocaux. — 17. C. SEILER. Effet du quinquina sur la vocalisation et l'articulation. — 18. W. K. SIMPSON. Etude du tubage dans les sténoses chroniques du larynx. — 19. A. W. WATSON. Sténose laryngienne consécutive à une fracture; opération; guérison. — 20. — J. W. FARLOW. Quelques cas de paralysie de la corde vocale droite. — 21. WYATT WINGRAVE. Note sur le rash amygdalien. — 22. C. C. RICE. Procédé de traitement local employé pour enrayer la susceptibilité de la muqueuse nasale vis-à-vis de la fièvre des foins. — 23. D. BRYSON DELAVAN. Chirurgie des tumeurs naso-pharyngiennes. — 24. D. BRADENKYLE. Lymphangiectasie du nez. — 25. A. W. DE ROALDES. Note sur l'emploi de l'électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers des voies aériennes. — 26. — G. HUDSON-MARTEN. La fente palatine en rapport avec la parole. — 27. T. HUBBARD. Injections laryngiennes dans le traitement des laryngites et bronchites. — 28. G. V. WOOLEN. Vaporisations aqueuses dans les affections des voies aériennes supérieures. — 29. T. M. HARDIE. *a)* Sarcome nasal et rhino-pharyngien; *b)* Thyrotomie pour papillome. — 30. A. W. MAC COY. Ostéophytes des fosses nasales. — 31. F. C. COBB. Fibrome pédonculé de l'œsophage obstruant le larynx. — 32. J. E. NEWCOMB. *a)* Ostéo-sarcome du cornet inférieur; *b)* Papillome vrai de la cloison nasale; *c)* Sarcome de la fente branchiale.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Prix Fillieux.* — En conformité d'un legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Dr FILLIEUX, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix, d'égale valeur, à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1901, le concours sera ouvert le jeudi 5 décembre, en vue de l'attribution de deux prix de 750 francs chacun.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1<sup>er</sup> au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

CONDITIONS DU CONCOURS. — I. *Programme du concours.* — 1<sup>o</sup> Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de

ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront, nécessairement, comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;

2<sup>e</sup> Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres, tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants.

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

---

La *Société berlinoise d'otologie* s'est constituée, le 19 mars dernier, avec le bureau suivant :

*Présidents* : LUCAR et TRAUTMANN; *secrétaires* : JACOBSON et SCHWABACH; *trésorier* : HARTMANN; *bibliothécaire* : BLAU.

---

#### ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

*Secrétariat général* : 93, boulevard Saint-Germain, PARIS — VI.

##### *Réunion du vendredi 2 mai 1901.*

Le vendredi 3 mai 1901 a eu lieu la réunion statutaire de l'Association de la *Presse médicale française*, sous la présidence de M. LABORDE, syndic. — Trente deux personnes y assistaient.

1<sup>o</sup> HONORARIAT (*Modification à une décision antérieure*). — Désormais, pour être nommé membre honoraire, il faudra avoir fait partie de l'Association pendant cinq années (au lieu de dix);

2<sup>o</sup> ELECTIONS. — M. le Dr WURTZ représentera à l'Association les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, en remplacement de M. le Prof. JOFFEY — M. le Dr LAPETRE est nommé membre titulaire (*Gazette médicale du Centre*) — M. le Dr LÉVY, ancien rédacteur de la *Rev. ill. de Polyt. méd. et chir.*, est élu membre honoraire;

3<sup>o</sup> CARTE D'IDENTITÉ. — Les nouvelles cartes d'identité, avec photographie, permettent individuellement l'entrée dans les deux salons du Grand Palais; à l'Exposition de l'Enfance et au Casino d'Enghien (avec un fauteuil pendant la saison théâtrale);

4<sup>o</sup> ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA PRESSE MÉDICALE (*Conférence préparatoire de Bruxelles*). — L'Association délègue à cette conférence deux de ses membres : MM. JANICOT et VALEDE, de façon à être représentée officiellement à cette réunion.

*Le secrétaire-général* :  
MARCEL BAUDOUIN.

---

Le 2<sup>e</sup> Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances se tiendra en septembre 1901, à Amsterdam. Le Dr BURGER y lira un rapport sur l'otite moyenne considérée au point de vue de l'assurance sur la vie.

---

La Société d'ophthalmologie, otologie, rhinologie et laryngologie de San Francisco, a élu le bureau suivant pour 1901 :

Président : F. B. EATON; vice présidents : L. C. DEANE et R. D. COHN; secrétaire : M. W. FREDERICK; trésorier-bibliothécaire : G. W. MERRITT; membres du comité exécutif : E. J. OVEREND et G. P. POSE.

Les Laryngologistes de l'Allemagne du Sud ont tenu leur 8<sup>e</sup> réunion à Heidelberg le 27 mai.

#### Programme.

1. KILLIAN (Fribourg en Brisgau). L'hystérie en rapport avec le larynx. — 2. BEIZ (Mayence). a) Remarques sur la physiologie de la voix; b) Traitement de l'anosmie. — 3. KIRBS (Hildesheim). Trouble vocal consécutif à une lésion du sympathique du cou. — 4. SEIFERT (Wurzburg). Laryngite diabétique. — 5. AVELLIS (Francfort-s/Mein). Hémoptysie trachéale. — 6. SPIESS (Francfort-s/Mein). La voix en cas de position médiane unilatérale; origine et influence thérapeutique de certains troubles vocaux y ressortissant. — 7. JURASZ (Heidelberg). Sur les luxations du cartilage laryngien. — 8. H. MÜLLER (Heidelberg). La voix et la parole naturelles. — 9. MAGENAU (Heidelberg). Affections diabétiques des voies aériennes supérieures. — 10. BLUMENFELD (Wiesbaden). Urticaire des voies aériennes. — 11. H. HELBIG (Nuremberg). a) Présentation de quelques instruments pour le nez; b) Traitement de l'ozone. — 12. R. DREYFUSS (Strasbourg). a) Traitement de l'ozone par le phénol sulfuriciné; b) Sur les oreillons sous maxillaires et leurs relations avec l'œdème laryngien. — 13. ROBINSON (Baden Baden). Résultats de la méthode moderne d'inhalation. — 14. WERNER (Mannheim). Traitement de la sténose des voies aériennes supérieures.

La Société belge d'otologie, rhinologie et laryngologie a tenu sa réunion annuelle le 2 juin.

#### Ordre du jour.

##### Présentation de malades.

WECO. 1<sup>o</sup> Un cas de papillômes diffus du larynx et de la trachée opéré par laryngo et trachéo-fissure; 2<sup>o</sup> Un cas d'affection du larynx présenté pour le diagnostic. — CAPART fils. Quelques cas de chirurgie de l'oreille. — HUYBRECHTS. Un cas de pseudo-mastoidite suppurée.

##### Présentation de pièces anatomiques.

M. CAPART fils. Un cas d'anomalie rare du sinus maxillaire. — M. BUYS. Présentations de pièces anatomo-pathologiques. — M. DELIE. Démonstrations anatomiques du sinus sphénoïdal.

##### Présentation d'instruments.

M. SUAREZ DE MENDOZA. Présentation d'instruments. — M. DELSAUX. 1<sup>o</sup> Dilatateurs du nez; 2<sup>o</sup> Seringue aseptique pour l'oreille. — M. LABARRE. Modifications aux curettes de Beeckman et de Rousseaux.

##### Rapports

M. SCHIFFERS. Sinusites maxillaires. Discussion. — M. LAURENT. Abscès rétro-pharyngiens. Discussion.

##### Communications diverses.

M. BAYER. 1<sup>o</sup> Un cas d'angine diphthéroïde de Vincent, d'une durée de quatre mois; 2<sup>o</sup> Croup primitif du larynx chez un enfant de 5 ans; intubation pendant quarante-huit heures; bronchite purulente; guérison. — MM. NATIER et ZÜND BURGUT. Vices de prononciation et anomalies

dentaires. — M. GÉVAERT. Sarcome du pharynx — M. BECO. A propos d'un cas de sinus frontal double. — M. LECOCQ. Kystes dermoïdes pré-laryngiens. — M. SCHUSTER. De la valeur diagnostique de la perforation du septum nasal. — M. CAPART fils. Notes sur le traitement des sinusites. — M. LABARRE. Emploi de l'extrait de capsules surrénales en rhinologie.

---

HÔPITAL SAINT-JOSEPH

**Concours pour une place d'interne**

DANS LE SERVICE OREILLES, NEZ, LARYNX

Le 1<sup>er</sup> juillet 1901, à 8 heure et demie du matin, à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre Larousse, en même temps que le concours pour l'internat général de l'hôpital (médecine et chirurgie), un concours spécial s'ouvrira pour une place d'interne dans le service *oreilles, nez, larynx*.

*Pièces à fournir avant le 15 juin.*

Un extrait du casier judiciaire et de bonnes références.

La feuille d'inscriptions (quinze inscriptions).

L'indication des hôpitaux, services ou cliniques où le candidat a travaillé.

*Epreuves.*

1<sup>o</sup> Une épreuve écrite théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie pour la rédaction de laquelle il est accordé deux heures (30 points);

2<sup>o</sup> Une épreuve orale théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie pour laquelle il est accordé dix minutes, après dix minutes de préparation sans livres ni notes (20 points);

3<sup>o</sup> Une épreuve pratique. — Observation médicale écrite prise sur un malade (30 points).

Ces épreuves, théoriques et pratiques pour les candidats à la place d'interne dans le service oreilles, nez, larynx, porteront exclusivement sur des sujets concernant cette spécialité.

*Extrait du règlement de l'hôpital concernant les internes.*

... Les internes titulaires sont nommés pour deux ans...

... Ils reçoivent un traitement annuel de 600 francs et une indemnité de logement de 500 francs; ils prennent à l'hôpital le déjeuner du matin et le repas de midi...

... L'interne de garde couche à l'hôpital et y prend le repas du soir...

... Les internes entrent en fonctions le 1<sup>er</sup> octobre.

---

Le Congrès britannique de la tuberculose se tiendra à Queen's Hall, Londres, W., du lundi 22 au vendredi 26 juillet 1901, sous le très haut patronage de S. M. le roi Edouard VII :

*Président du Conseil d'organisation* : SIR WILLIAM BROADBENT; *président du Comité générale d'initiative* : PROF. CLIFFORD ALLBUTT; *président du Comité de réception* : SIR JAMES CRICHTON-BROWNE; *président du Comité des finances* : SIR JAMES BLYTH; *président du Comité d'organisation* : THE RIGHT HON. THE EARL OF DERBY; *président du Comité de réception des dames* : M<sup>me</sup> la comtesse DE DERBY; *secrétaire général honoraire* : M. MALCOLM MORRIS; *secrétaire pour l'étranger* : DR SAINT CLAIR THOMSON; *Secrétaire du Comité de réception* : DR ALFRED HILLIER; *secrétaire du musée* : DR W. JOHNSON HORNE; *secrétaire de la section d'architecture* : M. THOMAS W. CUTLER.

*Sections.*

- I -- Nationale et Municipale, Sir HERBERT MAXWELL, M. P., *président*.  
 II. — Médecine, y compris la Climatologie et les Sanatoria Sir R. DOUGLAS POWELL, *président*.  
 III. — Pathologie et Bactériologie, Prof. SIMS WOODHEAD, *président*.  
 IV. — Vétérinaire (Tuberculose chez les animaux), Sir GEORGE BROWN, *président*.

**Programme préliminaire.**

*Les réunions auront lieu chaque jour, du mardi 23 au vendredi 26 juillet, de 9 heures et demie à 2 heures.*

**SECTION I. — NATIONALE ET MUNICIPALE**

*Président* : Le très honorable Sir HERBERT MAXWELL; *vice-présidents* : Le très honorable LORD MAIRE de Londres, le très honorable LORD PRÉVÔT d'Edimbourg, le très honorable LORD MAIRE de Dublin, le très honorable LORD PRÉVÔT de Glasgow, le très honorable LORD MAIRE de Liverpool, le très honorable LORD MAIRE de Manchester, le très honorable LORD MAIRE de Birmingham, le très honorable LORD MAIRE de Leeds, le très honorable LORD MAIRE de Bristol, le très honorable LORD MAIRE de Belfast, Sir HERBERT ASHMANN (ex-Lord Maire de Bristol), Sir HENRY LITTLEJOHN (Edimbourg), M. SHIRLEY F. MURPHY (officier médical de santé du comté de Londres), Dr ARTHUR RANSOME (Bournemouth), Dr PAGET TOMLINSON (conseil du comté de Westmorland); *secrétaires honoraires* : Dr BULSTRODE (local Government Board, Whitehall, Londres), Dr NIVEN (Town Hall, Manchester).

Dans cette section, les questions suivantes feront l'objet d'un examen détaillé, et l'on soumettra à l'Assemblée générale les résolutions prises à leur égard, quand il sera jugé nécessaire.

**DIVISION I. — Statistique.**

Quelles conclusions peuvent être tirées des statistiques quant à la corrélation entre la mortalité résultant de la phthisie et les conditions qui y contribuent?

Dans l'étude de cette corrélation, on s'attachera surtout aux points suivants :

1<sup>o</sup> Le tableau de la mortalité résultant de la phthisie pulmonaire en Angleterre et dans le pays de Galles pendant le règne de Feu S. M. la reine Victoria;

2<sup>o</sup> La distribution géographique de la phthisie en Angleterre et dans le pays de Galles;

3<sup>o</sup> La comparaison de la mortalité phthisique dans les divers états et métiers;

4<sup>o</sup> La distribution de la phthisie selon l'âge et le sexe;

5<sup>o</sup> La répartition de la phthisie dans les diverses zones sanitaires de Londres;

6<sup>o</sup> Les démonstrations de la statistique contre l'hérédité de la phthisie;

7<sup>o</sup> *Tabes mesenterica* dans ses rapports avec l'alimentation par le lait;

8<sup>o</sup> Etude statistique de la phthisie dans ses rapports avec le sol;

9<sup>o</sup> Indications pour les enquêtes statistiques à l'avenir.

**DIVISIONS II et III. — Déclaration obligatoire de la tuberculose.**

Comment la déclaration volontaire d'une tuberculose avancée peut-elle être le plus utilement provoquée et effectuée? Quels ont été les résultats de la déclaration ainsi obtenue dans les Etats de New-York, Buffalo et Washington?

*Influence du logement et de l'agglomération.*

a) Par quels moyens peut-on obtenir un niveau plus élevé dans les soins de propreté individuelle et dans le cas des intérieurs envahis par la phthisie? Jusqu'à quel point un supplément de lumière et de ventilation est-il nécessaire pour garantir un niveau beaucoup plus élevé de propreté bactériologique, et quelles nouvelles mesures législatives, devraient être demandées, pour rendre ces avantages pratiques?

b) Comment la propreté, avec une quantité suffisante de lumière et d'air pur, peut-elle être assurée dans les bureaux et dans les ateliers aussi bien que dans les lieux de réunion en général, y compris les bateaux à vapeur, les trains de chemin de fer et autres moyens de transport?

*DIVISION IV. — Contrôle de l'alimentation par le lait et la viande.*

a) Quels changements sont requis dans les mesures législatives et administratives existantes pour améliorer les conditions des étables, afin de garantir la santé propreté des vaches laitières?

b) Quelles statistiques exactes viennent démontrer la valeur de la réaction par la tuberculine et par quels moyens l'application de cette réaction à la destruction de la tuberculose peut-elle être assurée le plus efficacement?

c) Quels avantages relatifs dans la préservation de la tuberculose peuvent être obtenus par l'usage du lait stérilisé, du lait pasteurisé, ou du lait provenant d'animaux non atteints de tuberculose qui serait soigneusement conservé au froid depuis le temps où il aurait été traité jusqu'au moment de la livraison au consommateur? Dans quelle mesure est-il possible de généraliser l'usage de l'un ou de l'autre de ces laits?

d) Quelles mesures administratives doivent être prises pour empêcher la vente au public de la viande contaminée par la tuberculose?

*DIVISION V. — Installation des sanatoria.*

a) Quels sont les meilleurs moyens pour développer la fondation de Sanatoria destinés aux phthisiques dans lesquels : 1° les malades guérissables puissent trouver les meilleures chances de rétablissement; 2° les incurables, tout en cessant d'être une source de danger pour la communauté, puissent voir leur vie prolongée et recevoir tous les soulagements nécessaires à leur état?

b) Quelles causes ont provoqué le récent développement des Sanatoria pour la phthisie en Allemagne et aux Etats Unis : jusqu'à quel point peut-on s'attendre à ce que les mêmes influences agissent dans la Grande-Bretagne, ses colonies et dépendances?

Serait-il conforme aux intérêts des compagnies industrielles d'assurances ou des corps publics de contribuer à la fondation et à l'entre-  
mise d'instituts de cette nature.

*SECTION II. — MÉDECINE, Y COMPRIS LA CLIMATOLOGIE ET LES SANATORIA.*

*Président* : SIR RICHARD DOUGLAS POWELL; *vice-présidents* : SIR THOS. LAUDER BRUNTON, Prof. W. WATSON CHEYNE, SIR DYCE DECKWORTH, Prof. T. R. FRASER, Dr J. E. POLLOCK, Prof. RODDICK MONTREAL, Canada, Dr THOMAS P. A. STUART, Sydney, Australie, SIR HERMANN WEBER, Dr C. THEODORE WILLIAMS; *secrétaires honoraires* : Dr HECTOR MACKENZIE, 34, Upper Broock Street, London, Sir HUGH BEEVOR, 17, Wimpole Street, London, W., Dr R. W. PHILIP, 45, Charlotte Square, Edimbourg, Dr WILLIAM CALWELL, College Square North, Belfast.

Le mardi, 23 juillet, discussion sur la Climatologie. « Quelle est l'influence du climat sur le traitement de la tuberculose, et jusqu'à quel



point peut-on classer les tuberculeux pour traitement dans certains climats ? »

Le mercredi, 24 juillet, discussion sur « la Tuberculine », séance commune avec la Section de pathologie.

Le jeudi, 24 juillet, discussion sur « les Sanatoria pour les tuberculeux ».

Le vendredi, 25 juillet, communications personnelles.

Démonstrations :

« Présentation de cas de tuberculose cutanée et leur traitement. »

« L'emploi des rayons de Röntgen pour le diagnostic. »

### SECTION III. — PATHOLOGIE, Y COMPRIS LA BACTÉRIOLOGIE

*Président* : Prof. G. SIMS WOODHEAD; *vice-présidents* : Sir CHRISTOPHER JOHN NIXON, Prof. J. G. ADAMI, Prof. SHERIDAN DELEPINE, Prof. D. J. HAMILTON, Dr E. KLEIN, Prof. SIDNEY MARTIN; *secrétaires honoraires* : Dr F. J. WETHERED, 85, Harley Street, London, W., Dr J. J. PERKINS, 41, Wimpole Street, London, W., Prof. ROBERT BOYCE, University College, Liverpool, Dr E. J. Mc WERNEY, 84, St. Stephen's Green, Dublin.

Le mardi, 23 juillet, discussion sur les variations morphologiques et physiologiques du bacille de la tuberculose, et ses relations avec :

a) Les autres bacilles acidophiles.

b) Avec l'Actinomyces et d'autres Streptothricées.

Le mercredi, 24 juillet, discussion en commun avec la Section de médecine sur « les modifications dans les tissus et les effets constitutionnels produits par les divers éléments de la Tuberculine ».

Le jeudi, 25 juillet, discussion sur « les variétés de la tuberculose » (Anatomie pathologique et histologie).

Le vendredi, 26 juillet, « communications personnelles ».

### SECTION IV. — VÉTÉRINAIRE (TUBERCULOSE CHEZ LES ANIMAUX)

*Président* : Sir GEORGE BROWN; *vice-présidents* : Prof. MC FADYEAN, M. B., C. M., B. Sc., M. R. C. V. S., Prof. DEWAR, F. R. C. V. S., Prof. MC CALL, F. R. C. V. S., Prof. W. OWEN WILLIAMS, F. R. C. V. S., Prof. METTAM, B. Sc., M. R. C. V. S., Prof. MC EACHRAN, F. R. C. V. S., Lieutenant-colonel NUNN, C. I. E., D. S. O., F. R. C. V. S., Barrister-at-Law, A. C. COPE, M. R. C. V. S., W. HUNTING, F. R. C. V. S., MATTHEW HEDLEY, F. R. C. V. S., JAMES SIMPSON, M. R. C. V. S.; *secrétaires* : Prof. HOBDDAY, 27, Lower Phillimore Place, Kensington, W., Prof. BRADLEY, Royal (Dick's) Veterinary College, Edinburgh, Prof. WOODRUFF, Royal Veterinary College, Camden Town, N. W.

Mardi, le 23 juillet, « le diagnostic de la Tuberculose chez les animaux vivants ».

Mercredi, le 24 juillet, « la Tuberculose et le lait ».

Judi, le 25 juillet, « la Tuberculose et la viande ».

Vendredi, le 26 juillet, « les mesures législatives et autres moyens nécessaires pour combattre la Tuberculose chez les animaux ».

### LE MUSÉE

En même temps que le Congrès, il a été décidé de former un musée temporaire présentant la pathologie, le traitement ou la prévention de la tuberculose

Le musée comprendra :

SECTION I. — Des préparations pathologiques et bactériologiques et des spécimens montrant la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

SECTION II. — Des plans et modèles d'hôpitaux et de Sanatoria, des cartes et des documents historiques, géographiques et statistiques, sur la tuberculose.

Il est à désirer que les préparations et spécimens se rapportant aux travaux du Congrès soient exposées dans la musée.

Un catalogue détaillé du musée sera publié. C'est pourquoi il serait préférable que toutes les notices soient envoyées avant ou au plus tard pour le 1<sup>er</sup> juin.

Une circulaire, indiquant la date et l'endroit où les collections devront être adressées définitivement, sera envoyée aux exposant qui en feront la demande. En attendant le Comité du musée désire réunir tous les renseignements possibles sur les objets qui seront exposés et surtout sur l'espace qu'il leur faudra réserver.

Toutes les communications relatives à la Section I doivent être adressées au Dr JOHNSON HORNE, 27, New Cavendish Street, Harley Street, London, W., secrétaire du Comité du Musée; celles relatives à la Section II au secrétaire de la Section d'Architecture, M. THOMAS W. CUTLER, 5, Queen Square, Bloomsbury, London, W.

NOTA. — Pour s'inscrire comme membre au Congrès, on est prié d'envoyer la cotisation de 25 francs et une carte de visite au secrétaire-général, 20, Hanover Square, London, W.

Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français et l'allemand, et les auteurs de communications sont priés de fournir à l'avance des extraits pour traduction.

Si l'on désire prendre part aux discussions, on est prié, aussitôt que possible, de se mettre en rapport avec les secrétaires de la Section choisie.

Les secrétaires recevront des communications sur d'autres points dans la pathologie de la tuberculose, qui seront discutées après les questions à l'ordre du jour.

Le temps assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser trente minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de dix minutes chacun.

Un abrégé de chaque communication doit être remis au secrétaire-général, 20, Hanover Square, avant le 15 juin 1901, dernier délai.

La cotisation confère au souscripteur tous les droits de membres participant et donne droit au volume imprimé des comptes rendus des travaux du Congrès.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Du traitement aérothermique en général et plus particulièrement en rhinologie, par M. MENIER (brochure de 55 pages, Condoret, Bordeaux).

1° Modello di acumetro telefonico messo in azione dalla corrente elettrica stradale (Modèle d'acoumètre téléphonique mis en action par le courant électrique urbain);

2° Indifesa degli otoi atri (Pour la défense des otologistes);

3° A proposito della labirintite da orecchioni (A propos de la labyrinthite due aux oreillons), par G. GRADENIGO (Extraits de l'*Archivio ital. di otol., rin. e lar.*, mars 1901).

Olfatto (Olfaction), par Gh. FERRENI (Broch. de 30 p. Officina Poligrafica Romana, prix : 0 fr. 50, Rome, 1901).

Sui disordini nervosi della laringe da causa traumatica (Sur les troubles nerveux du larynx d'origine traumatique), par Gh. FERRENI (Extrait de l'*Arch. ital. di otol., rin. e lar.*, fasc., 2, 1901).

Comptes rendus du XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine, Paris, 1900, publiés sous la direction de A. CHAUFFARD, secrétaire-général. I. A. PETTIT. Section d'anatomie descriptive et comparée. — RETTERER. Section d'histologie et d'embryologie. — GLEY. Section de physiologie, physique et chimie biologiques (Grand in-8<sup>o</sup> de 386 pages). — II. H. MEIGER. Section de neurologie (Grand in-8<sup>o</sup> de 610 pages). — III. MARFAN. Section de médecine de l'enfance. — VILLEMIN et BROCA. Section de chirurgie de l'enfance (Grand in-8<sup>o</sup> de 812 pages). — IV. DESNOS. Section de chirurgie urinaire. — V. M. LERMOYER et A. CASTEX. Sections de laryngo-rhinologie et d'otologie (Grand in-8<sup>o</sup> de 740 p., prix : 5 francs chaque volume, Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1901).

Atlas der Topographischen Anatomie des Menschen (Atlas d'anatomie topographique humaine), par E. ZUCKERKANDL (3<sup>e</sup> fascicule, ventre comprenant 95 figures avec texte explicatif, prix : 9 k. 60, ou 8 mk., W. Braumüller, éditeur, Vienne, 1901).

Ueber den nicht seltenen Befund von Blastomyceten bei Schleimtypen der Nase (Sur la présence assez fréquente de blastomycètes dans les polypes muqueux du nez), par O. BARRAGO CIARELLA (Tiré à part de l'*Archiv. f. lar.*, Bd 10, h. 3).

Dei polipi mucosi del setto delle fosse nasali (Des polypes muqueux de la cloison nasale), par O. BARRAGO CIARELLA (Extrait du *Giorn. intern. delle sc. méd.*, Naples, 1900).

La sutura dell'accessorio di Willis col facciale nella paralisi del facciale (La suture de l'accessoire de Willis au facial dans la paralysie faciale), par O. BARRAGO CIARELLA (Extrait du *Policlinico*, 1901).

Un caso d'otite acuta da blastomiceti (Un cas d'otite aiguë due aux blastomycètes), par O. BARRAGO CIARELLA (Extrait des *Ann. di lar., otol., rin. e far.*, janvier 1901).

Conditions et diagnostic du terrain de la tuberculose pulmonaire, par A. ROBIN et M. BINET (Comm. à l'Acad. de méd., séance du 19 mars, Paris, 1901).

Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes (Atlas des maladies du nez, des sinus et du pharynx nasal, par P. H. GERBER (2<sup>e</sup> livraison, prix : 6 mark, S. Karger, éditeur, Berlin, 1901).

Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde (Atlas et précis d'otologie, publié par G. BRÜHL, avec la collaboration de A. POLITZER (In 12 de 264 pages, avec 244 figures en couleur et 39 planches reproduites d'après les aquarelles de G. HAMMERSCHMIDT et 99 figures dans le texte, prix : 12 mk., J. F. Lehmann, éditeur, Munich, 1901).

Sitzungsberichte der Gesellschaft der Ungarischen Ohren und Kehlkopferzte (Comptes rendus des séances de la Société oto laryngologique hongroise, publiés par H. ZWILLINGER (Budapest, 1901).

Beiträge zu den Funktionsuntersuchungen an Taubstummen in Dänemark (Contribution à l'examen fonctionnel des sourds muets en Danemark, par E. SCHMIEGELOW (Vol. de 112 p., avec 13 figures dans le texte, Det. Nord Vorlag, librairie Bojesen, Copenhague, 1901).

Acta de la sesion publica inaugural que la Real Academia de Medicina y Cirurgia, de Barcelona celebros en 25 de febrero de 1901 (Compte rendu de la séance publique tenue par l'Académie Royale de médecine et chirurgie de Barcelone, le 25 février 1901 (Typog. F. Sanchez, Barcelone, 1901).

Bäder Almanach (Almanach des bains), 8<sup>e</sup> édition, R. Mosse, éditeur, Berlin, 1901).

Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne, par A. BROCA (N<sup>o</sup> 26 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*, prix : 1 fr. 25, Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1901).

Instrumente für Ohr, Nase, Hals, Schlund und die Nebengebiete (Instruments pour l'oreille, le nez, la gorge, l'œsophage et les régions annexes, catalogue de R. Detert, Karlstrasse, 9, Berlin, 1901).

The eleventh annual report of the Eye, Ear, Nose and Throat Hospital (11<sup>e</sup> statistique annuelle de l'hôpital pour les maladies des yeux, de l'oreille, du nez et de la gorge) (New Orléans, 1901).

Die Ohrenheilkunde des neunzehnten Jahrhunderts (L'otologie du XIX<sup>e</sup> siècle), par A. LUCAS (Tiré à part de la *Berliner klin. Woch.*, n<sup>o</sup> 19, 1901).

Leitfaden für Operationen am Gehörorgan (Guide pour les opérations sur l'organe auditif) par F. TRAUTMANN (vol. 4 de la bibliothèque v. Coler, 104, p., avec 27 figures dans le texte, prix : 4 mks., A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1901).

Du facies adénoïdien. Le facies adénoïdien n'est pas un signe certain d'adénoïdes, par de CHAMPEAUX (Extrait des *Arch. intern. de lar., otol. et rhin.*, mars-avril 1901).

L'oreille moyenne dans les maladies infectieuses, par M. PARMESTIER (Extrait du *Progrès médical belge*, n<sup>o</sup> 5, 1901).

Le Gérant : MASSON et C<sup>ie</sup>.

# TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1901

(27<sup>e</sup> VOLUME, 1<sup>re</sup> PARTIE)

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

### A

Ajello (L.), 81.  
Alexander, 301.  
Anrooy (H. van), 215.  
Arslan (Y.), 102.

### B

Baber (E. Cresswell), 197.  
Ballenger (W.-L.), 90.  
Bar (L.), 437.  
Barrago-Ciarella (O.), 311.  
Baup (F.), 321.  
Beale (C.), 198.  
Bergmann (E. von), 101.  
Bezold (F.), 306.  
Blake (C.-J.), 399.  
Blois (T.-A. de), 190.  
Bond, 199.  
Borgoni (R.), 82.  
Bosworth (F.-H.), 191.  
Botey (R.), 55, 62.  
Boulai (J.), 405.  
Boulay (M.), 407.  
Braat (H.), 208.  
Brandt (L.), 493.  
Broca (A.), 315.  
Brocard (M.), 91.  
Broeckaert (J.) 312, 605.  
Brondgeest (P. Q.) 212.  
Brosius, 65.  
Bruder (P.), 310.  
Bruhl (G.), 306.  
Bunzl-Federn, 606.

Burger (H.), 203.  
Burnett (C. H.), 402.

### C

Caboche (H.), 312.  
Cahen, 316.  
Casselberry (W.-E.), 185.  
Castex (A.), 603.  
Champeaux (P. de), 407.  
Chauveau (C.), 150, 218, 348, 568.  
Chiari (O.), 162, 173, 175.  
Cohen-Tervaert (G.-D.), 205.  
Compairod (C.), 183.  
Coolidge (A.), 187.  
Coosemans, 98.  
Costiniu, 409, 411.  
Courtade (A.), 417.  
Cousteau (J.), 565.  
Cozzolino (V.), 77, 91, 99.

### D

Delstanche (E.), 100.  
Demeurisse, 405.  
Dench (E. B.), 92, 400.  
Derenberg, 299.  
Desvernine (C.-M.), 534.  
Downie (W.), 609.

### E

Ebstein, 157, 166, 170.  
Egger (L.), 344.  
Egidi (F.), 81.

Escat (E.), 319.  
 Eschweiler (R.), 309.  
 Etiévant (R.), 608.

## F

Faraci (G.), 92, 93.  
 Farlow (J.-W.), 185.  
 Fasano (A.), 74.  
 Félix (E.), 409.  
 Ferreri (Gh.), 31, 73, 100, 527.  
 Finder, 301.  
 Fraenkel (R.), 302.  
 Frankenberger (O.), 424.  
 Fryer (B.-E.), 314.  
 Furet (F.), 322, 594.

## G

Garel (J.), 1-5, 310  
 Garzia (V.), 76.  
 Gellé (E. M.), 406.  
 Genta (S.), 75.  
 Gilles de la Tourette, 412.  
 Goldstein (A.), 94.  
 Goodale (J.-L.), 189.  
 Gouguenheim (A.), 23.  
 Goullioud, 135.  
 Gradenigo (G.), 69, 71.  
 Grant (J. Dundas), 487, 488.  
 Grazi (V.), 75, 80.  
 Green (J.-O.), 403.  
 Guye (A.-A.-G.), 217.

## H

Hammerschlag (V.), 95.  
 Hamon du Fougeray, 28.  
 Hamonic (P.), 308.  
 Harmer, 163, 179.  
 Haseltine (D.-B.), 99.  
 Hasslauer (N.), 102.  
 Heer, 491.  
 Heermann, 312.  
 Heindl (A.), 175, 178.  
 Herzfeld (J.), 302, 304.  
 Hill (W.), 483.  
 Hinkel (F.-W.), 193.  
 Hirtz (E.), 408.  
 Horne (J.), 194.  
 Hubbard, 189.  
 Huysman (A.), 212.

## I

Ingals (E. F.), 191.  
 Isala (G.), 80.

## J

Johnson (W.-B.), 402.  
 Joncheray, 406.  
 Jousset (A.), 84.

## K

Kan (P.-T.-L.), 213.  
 Kirmisson, 315.  
 Kœnig, 406.  
 Krieg (R.), 86.  
 Kyle (D.-B.), 192.

## L

Lack (L.), 198.  
 Lake (R.), 487.  
 Lannois (M.), 4, 603.  
 Leland (G.-A.), 189.  
 Lermoyez (M.), 408, 409, 501.  
 Lévy (G.), 4.  
 Lewy (B.), 305.  
 Licci (T.), 77.  
 Lichtwitz (L.), 319, 322, 337.  
 Liebig (G.), 89.  
 Lombard (E.), 1, 23, 392.  
 Lubet-Barbon (F.), 409, 602.

## M

Mackenzie (H.), 485.  
 Mahu (G.), 501.  
 Makuen (G.-H.), 188.  
 Malherbe (A.), 313.  
 Martin (Louis), 66.  
 Martini (U.), 76.  
 Martuscelli (G.), 70.  
 Masini (G.), 74.  
 Massei (F.), 66, 81.  
 Masucci (P.), 75.  
 Mc Kernon (J.-F.), 401.  
 Menier, 605.  
 Meyjes (W.-P.), 206, 207, 214.  
 Mignon, 321, 405.  
 Mink (P.-J.), 43, 209, 294.  
 Monari (C.), 88.  
 Mongardi (R.), 76, 82.  
 Morpurgo (E.), 90.  
 Moure (E. J.), 314, 602.  
 Murphy (J.-W.), 95.

## N

Natier (M.), 604.  
 Newcomb (J.-E.), 186.  
 Nuvoli (G.), 79.

## O

Ostino (G.), 83

## P

Pamard (A.), 308.  
 Pansier (P.), 308.  
 Passow, 308.  
 Pendred (V.), 94.  
 Permewan, 194.  
 Pevnitzky (A.), 96.  
 Pfingst (A.-O.), 608.  
 Pierre, 407.  
 Piffi (O.), 313.  
 Politzer (A.), 490.  
 Potter (F.), 483.  
 Protà (G.), 80.

## R

Randall (A. B.), 400.  
 Reinhard (C.), 216.  
 Ribierre, 410.  
 Richardson (C. W.), 401.  
 Riek (H.-O.), 94, 101.  
 Rischawy, 165.  
 Roaldès (A.-W. de), 188.  
 Roe (J.-O.), 192.  
 Rohrer (F.), 95.  
 Rosenberg (A.), 300.  
 Rossi (E. de), 73.  
 Roth, 158, 182.

## S

Sabrazès (J.), 319.  
 Santi (P. de), 195.  
 Scheff (G.), 167.  
 Scheier (M.), 319.  
 Schmied (W.), 97.  
 Schœtz, 299.  
 Schrœtter (H. von), 221.  
 Schultze (F.), 216.  
 Schutter (W.), 210, 211.  
 Schwabach, 91.  
 Scott Worthin (A.), 607.  
 Sébilleau (P.), 1, 333.

Sendziak (J.), 87.  
 Spicer (S.), 489.  
 Sprague (F.-B.), 403.  
 Stanculeanu (G.), 321.  
 Stein (v. Saxtorph), 205.  
 Stein (Stan. von), 405.  
 Stewart, 196, 489.  
 Suarez de Mendoza (F.), 321.  
 Swain (H. L.), 190.  
 Symonds (C.-J.), 196.

## T

Tansley (J.-O.), 404.  
 Tanturri (D.), 76, 81.  
 Taptas (N.), 155, 453.  
 Thomson (Saint-Clair), 195, 199, 483, 484.  
 Thorne (A.), 199, 484.  
 Tilley (H.), 193.  
 Tissot, 411.  
 Todd (F.-C.), 87.  
 Tommasi, 76, 80.  
 Torretta (A.), 460.  
 Toubert, 409.  
 Trifiletti (A.), 80, 88.

## V

Vaquez (H.), 410.  
 Viollet (P.), 318.

## W

Waggett (E.), 488, 489.  
 Ward (M.-R.), 188.  
 Weil, 168, 169.  
 Weltert (L.), 493.  
 Wilson-Prévost, 319.  
 Wingrave (W.), 486.  
 Woolen (G.-W.), 192.

## Z

Zander, 299.  
 Zwaardemaker, 201, 202, 218.

## TABLE DES MÉMOIRES ORIGINAUX

---

	Pages
<b>Bar (L.).</b> — De la tricophytie du conduit auditif externe . . .	427
<b>Botey (R.).</b> — Pseudo-hémoptysies d'origine naso pharyngienne . . .	55
<b>Botey (R.).</b> — Quelques mots sur mes nouvelles canules à trachéotomie . . .	62
<b>Chauveau (C.).</b> — Faits cliniques . . .	150
<b>Chauveau (C.).</b> — Contribution à l'histoire de la pathologie pharyngée pendant la période gréco-romaine, byzantine et arabe . . .	348 et 568
<b>Courtade (A.).</b> — Du traitement de l'otite moyenne aiguë par les insufflations d'air . . .	417
<b>Cousteau (J.).</b> — Ecchymose du pharynx après morcellement des amygdales . . .	565
<b>Desvernine (C. M.).</b> — Paralysie combinée du larynx et du voile du palais. Etude sur l'innervation motrice du larynx et du pharynx . . .	534
<b>Egger (L.).</b> — Un cas d'angiome du conduit auditif externe (nævus tardif) traité par l'électrolyse . . .	344
<b>Félix (E.).</b> — Le lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures . . .	409
<b>Ferreri (Gh.).</b> — Sur les néoplasmes du sinus sphénoïdal . . .	31
<b>Ferreri (Gh.).</b> — Corps étranger enclavé dans le pharynx depuis quatre mois. Radioscopie. Extraction . . .	527
<b>Frankenberger (O.).</b> — Sur la résection de la trachée . . .	424
<b>Garel (J) et Goullioud.</b> — Clou fixé dans la bronche droite depuis deux mois. Diagnostic par la radiographie. Ablation à l'électro aimant. Guérison . . .	135
<b>Gouguenheim (A.) et Lombard (E.).</b> — Indications opératoires dans le cancer du larynx . . .	23
<b>Hamon du Fougeray.</b> — De l'emploi de l'acide chromique en solution au demi dans le traitement des tumeurs malignes des muqueuses du pharynx, nez et larynx . . .	28
<b>Lannois (M.) et Lévy (G.).</b> — L'audi-mutité . . .	4
<b>Lermoyez (M.) et Mahu (G.).</b> — Un procédé simple de fermeture de l'orifice rétro auriculaire persistant après guérison de l'évidement pétro-mastoidien . . .	501
<b>Lichtwitz (L.).</b> — Du traitement aérothermique dans quelques affections nasales . . .	337
<b>Lombard (E.) et Caboche (H.).</b> — Mastoïdite. Abscès sous-dural. Phlébite suppurée du sinus latéral. Ligature de la jugulaire interne. Curetage du sinus. Hernie cérébrale. Guérison . . .	393



<b>Mink (P. J.).</b> — Contribution au traitement des otorrhées chroniques par les voies naturelles. . . . .	43 et 294
<b>Schrøtter (H. von).</b> — Contribution à l'étude du sclérome de la trachée avec remarques sur la valeur de l'étude systématique de cette maladie en général. . . . .	221
<b>Sébileau (P.) et Lombard (E.).</b> — Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage. . . . .	1
<b>Sébileau (P.).</b> — Sur un os copulaire hyo-thyroïdien. . . . .	333
<b>Taptas (N.).</b> — Un cas d'abcès périsinusal consécutif à une otite purulente aiguë survenu après guérison complète de l'otite . . . . .	155
<b>Taptas (N.).</b> — Du traitement chirurgical de la tuberculose du larynx Laryngectomie partielle Trachéotomie. . . . .	453
<b>Torretta (A.).</b> — Contribution à l'étude des psychopathies d'origine auriculaire . . . . .	460

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

### Oreille.

	Pages
Abcès du cou consécutif aux maladies de l'oreille, par <b>G. Ferreri</b> . . . . .	100
Abcès périsinusinal consécutif à une otite purulente aiguë, survenu après guérison complète de l'otite, par <b>N. Taptas</b> . . . .	155
Abcès extra-dural consécutif à une otite moyenne aiguë avec mastoïdite remontant à trois ans, trajet fistuleux apophysaire, large ouverture, évacuation, curettage, drainage. Guérison en quatre semaines (Vaste), par <b>E. J. Moure</b> . . . . .	314
Abcès d'origine otique (Trépanation du cerveau pour), par <b>Kir-misson</b> . . . . .	315
Abcès temporal d'origine otique, par <b>A. Broca</b> . . . . .	315
Actinomycose de la région péri auriculaire et du conduit auditif externe suivie d'infection du pharynx et des méninges, et produite par un nouveau bacille filamenteux (Un cas de pseudo), par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	91
Adéno-carcinome envahissant le conduit cartilagineux et les portions squameuse et mastoïdienne du temporal, par <b>F. B. Sprague</b> . . . . .	403
Affections de l'ouïe traitées par la chambre pneumatique, par <b>Liebig</b> . . . . .	89
Agoraphobie en rapport avec les maladies d'oreille (Sur l'), par <b>Guye</b> . . . . .	217
Anémie pernicieuse (Des lésions de l'organe de l'ouïe dans l'), par <b>Schwabach</b> . . . . .	91
Angiome du conduit auditif externe (nævus tardif, traité par l'électrolyse (Un cas d'), par <b>L. Egger</b> . . . . .	344
Audi-mutité, par <b>M. Lannois</b> et <b>G. Lévy</b> . . . . .	4
Audition des employés de chemin de fer en Europe (Examen de l'), par <b>E. de Rossi</b> . . . . .	73
Audition des conducteurs de locomotives danois (Recherches sur le signal auditif et l'organe de l'), par <b>v. Saxtorph Stein</b> . .	205
Avulsion de l'étrier (Sur la valeur acoustique de l'), par <b>Zwaardemaker</b> . . . . .	201
Bains : leurs effets en général sur l'organe de l'ouïe, par <b>V. Grazi</b> . . . . .	80
Blessure de l'oreille avec hémorrhagie du sinus, par <b>E. von Bergmann</b> . . . . .	101
Carie tuberculeuse du temporal chez un enfant de 15 mois, par <b>Tommasi</b> . . . . .	76

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

627

Pages

Carie endo-mastoïdienne primitive avec complications endocrâniennes, par <b>Y. Arslan</b> . . . . .	102
Carie étendue du temporal avec phlegmon diffus du cuir chevelu, par <b>Broeckaert</b> . . . . .	312
Chirurgie acoustique et fonctionnelle de l'oreille moyenne Résultats de quelques stapélectomies (Contribution à la), par <b>G. Faraci</b> . . . . .	92
Cholestéatome du temporal droit consécutif à une otite purulente chronique (Vaste), par <b>Tissot</b> . . . . .	411
Congrès espagnol oto-rhino-laryngologique tenu à Barcelone en 1899 (Comptes-rendus du) . . . . .	309
Contractions volontaires des muscles de la membrane du tympan, par <b>J. Boulai</b> . . . . .	405
Corps étrangers de l'oreille (Contre certains) par <b>A. Trifiletti</b> . . . . .	80
Curettage de la caisse et ablation des osselets par la voie antrale dans les suppurations chroniques de la caisse, par <b>A. Malherbe</b> . . . . .	313
Diagnostic otologique à l'usage des médecins et des étudiants avec remarques thérapeutiques et appendice de diagnostic rhinologique, par <b>R. Eschweiler</b> . . . . .	309
Evidement tympano mastoïdien Expérience personnelle sur l', par <b>J. O. Green</b> . . . . .	402
Evidement et dégagement du sinus transverse thrombosé pratiqués avec succès (2 cas d'), par <b>A. Politzer</b> . . . . .	490
Evidement pétro-mastoïdien (Un procédé simple de fermeture de l'orifice rétro-auriculaire persistant après guérison de l'), par <b>M. Lermoyez et G. Mahu</b> . . . . .	501
Excision du marteau et de l'étrier (Contribution à l'), par <b>Reinhard</b> . . . . .	216
Exercices acoustiques. Ecole de sourds muets (Méthode d'), par <b>A. Jousset</b> . . . . .	84
Fibro chondrome du lobule de l'oreille, par <b>C. Chauveau</b> . . . . .	150
Hémorrhagies du tympan, du cornet moyen et du voile du palais dues à la ménopause, par <b>M. Boulay</b> . . . . .	407
Herpès du tympan coïncidant avec un herpès guttural et labial, par <b>C. Chauveau</b> . . . . .	151
Hystérie associée aux lésions organiques de l'oreille (Phénomènes d'), par <b>A. Trifiletti</b> . . . . .	88
Hystérie grave déterminée par la présence d'une aiguille dans l'oreille, par <b>M. Lannois</b> . . . . .	603
Infection à travers la seringue auriculaire (Moyen pour empêcher la propagation de l'), par <b>F. C. Todd</b> . . . . .	87
Inflammation de l'oreille moyenne (Quelques observations sur le traitement de l'), par <b>F. Rohrer</b> . . . . .	95
Labyrinthe (Les fonctions statiques du), par <b>Koenig</b> . . . . .	406
Massage pneumatique du conduit auditif externe comparé à l'insufflation tympanique, par <b>C. H. Burnett</b> . . . . .	402
Mastoidite de Bezold consécutive à une otite moyenne suppurée aiguë sans perforation de la membrane tympanique (Un cas de), par <b>Tommasi</b> . . . . .	80
Mastoidite avec empyème (Etude clinique et expérimentale sur un symptôme de l'endo), par <b>O. Barrago-Ciarella</b> . . . . .	311
Mastoidite. Abscès sous dural. Phlébite suppurée du sinus latéral. Ligature de la jugulaire interne. Curettage du sinus. Hernie cérébrale. Guérison, par <b>E. Lombard et H. Caboche</b> . . . . .	392
Mastoidites (Nouvelles observations de caillots sanguins dans les), par <b>C. J. Blake</b> . . . . .	399
Mastoidite dite primitive (2 cas de), par <b>Toubert</b> . . . . .	409

	Pages
Méningite cérébro-spinale à début otique, par <b>Lubet-Farbon</b> . . . . .	409
Méningite cérébro-spinale et otite, par <b>Vaquez</b> et <b>Ribierre</b> . . . . .	410
Mobilisation de l'étrier (Nouveau procédé de), par <b>G. Faraci</b> . . . . .	93
Mouvement ou rotation illusoire inverse (Sensation de), par <b>S. von Stein</b> . . . . .	405
Nécrose aiguë de l'apophyse mastoïde et du rocher après la diphthérie scarlatineuse, par <b>Heermann</b> . . . . .	312
Névrite otitique (Observation de), par <b>W. B. Johnson</b> . . . . .	402
Nirvanine. Son emploi en oto-rhino-laryngologie, par <b>Mignon</b> . . . . .	405
Opération de Zaufal pour nécrose pétro-mastoïdienne avec paralysie faciale, par <b>R. Mongardi</b> . . . . .	82
Opération de Stacke, évidemment simple de la cavité tympanique, par <b>B. A. Randall</b> . . . . .	400
Opération de Stacke dans l'otorrhée chronique, par <b>E. B. Dench</b> . . . . .	400
Osselets dans le dégagement des cavités supérieures de l'oreille moyenne (Contribution à l'indication de la conservation des), <b>W. Schmied</b> . . . . .	97
Othématome en général. Cas d'hémathome spontané du pavillon, avec cure radicale, par <b>Joncheray</b> . . . . .	406
Otite moyenne catarrhale chronique (Effet des changements atmosphériques sur l'audition dans l'). Discussion . . . . .	89
Otite moyenne simulant la maladie de Ménière, par <b>W. L. Ballenger</b> . . . . .	90
Otite moyenne aiguë (Comment faut-il traiter l'), par <b>H. O. Riek</b> . . . . .	94
Otite moyenne. Diagnostic et traitement, par <b>A. Goldstein</b> . . . . .	94
Otite moyenne (4 cas d'), par <b>V. Pendred</b> . . . . .	94
Otites moyennes chroniques opérées à la clinique universitaire du Prof. A. Politzer (Tableau statistique des), par <b>V. Hammerschlag</b> . . . . .	95
Otite moyenne suppurée chronique, par <b>J. W. Murphy</b> . . . . .	95
Otite moyenne suppurée chronique (Traitement radical de l'), par <b>H. O. Riek</b> . . . . .	101
Otite tuberculeuse avec saillie dans la cavité crânienne, par <b>O. Piffi</b> . . . . .	313
Otites moyennes infectieuses (Remarques sur les symptômes et le traitement opératoire des lésions cérébrales consécutives aux), par <b>R. E. Fryer</b> . . . . .	314
Otite moyenne avec complications intra-crâniennes (2 cas d'), par <b>Cahen</b> . . . . .	316
Otites moyennes aiguës (Pendant combien de temps devons-nous employer la réfrigération dans les mastoïdites et les), par <b>J. O. Tansley</b> . . . . .	404
Otites moyennes aiguës (Contagion des), par <b>Demeurisse</b> . . . . .	405
Otite moyenne aiguë pneumococcique prise au contact d'un pneumonique, par <b>E. Hirtz</b> . . . . .	408
Otites aiguës (Pourquoi et quand faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les), par <b>M. Lermoyez</b> . . . . .	408 et 409
Otite moyenne droite purulente chronique, avec polype, consécutivement abcès cérébral et hémiplegie gauche. Trépanation de la mastoïde. Hémicraniectomie temporaire. Antrectomie. Guérison, par <b>Costinlu</b> . . . . .	409
Otite moyenne aiguë (Du traitement par les insufflations d'air de l'), par <b>A. Courtade</b> . . . . .	417
Otologues et professeurs de sourds-muets allemands Réunion tenue à Munich en 1899. . . . .	306
Otorrhée : son traitement par la ferropyrine, par <b>A. Pewnitzky</b> . . . . .	96

Otorrhées chroniques (Contribution au traitement par les voies naturelles des), par <b>P.-J. Mink</b> . . . . .	43 et 294
Otorrhées au bord de la mer (Traitement des), par <b>Pierre et P. de Champeaux</b> . . . . .	407
Périostite aiguë de la mastoïde consécutive à un catarrhe sec chronique de l'oreille moyenne, par <b>N. Hasslauer</b> . . . . .	102
Physiologie de l'oreille moyenne (Contribution à la), par <b>G. Nu-voli</b> . . . . .	79
Plessimètre différentiel, par <b>E. M. Gellé</b> . . . . .	406
Pouvoir auditif des sourds-muets et éducation de la parole par l'ouïe, par <b>F. Bezold</b> . . . . .	306
Pouvoir auditif sans l'étrier (Du), par <b>Heer</b> . . . . .	491
Psychopathies d'origine auriculaire (Contribution à l'étude des), par <b>A. Torretta</b> . . . . .	460
Société d'otologie américaine. Compte rendu . . . . .	399
Société J. R. des médecins de Vienne. Compte-rendu . . . . .	480
Société française d'otologie, laryngologie et rhinologie. Compte-rendu . . . . .	594
Sourds muets (Utilité de la présence d'un auriste dans les institutions de), par <b>Passow</b> . . . . .	308
Sourds-muets en Roumanie (Statistique des), par <b>Costiniu</b> . . . . .	411
Suppurations auriculaires : leur importance au point de vue de l'assurance sur la vie, par <b>Coosemans</b> . . . . .	98
Suppurations (Tympan d'ouate dans les), par <b>D. B. Haseltine</b> . . . . .	98
Suppurations auriculaires (Importance de l'examen ophtalmoscopique dans les), par <b>E. Delstanche</b> . . . . .	100
Surdité (Guide diagnostique médico-légal de la) par <b>G. Ostino</b> . . . . .	83
Synéctomie de l'étrier (La), par <b>E.-B. Dench</b> . . . . .	92
Syphilis héréditaire tardive (Troubles de l'audition dûs à la), par <b>C. Monari</b> . . . . .	88
Thrombose des deux sinus caverneux, comme complication d'une mastoïdite suppurée; guérison, par <b>G. D. Cohen Ter-vaert</b> . . . . .	205
Thrombose des sinus (Guérison d'un cas de), par <b>P. T. L. Kan</b> . . . . .	213
Thrombose du sinus sigmoïdal (Sept observations de), par <b>J. F. Mc Kernon</b> . . . . .	401
Thrombose septique du sinus sigmoïdal, par <b>C. W. Richardson</b> . . . . .	401
Thyroïdine dans les maladies de l'oreille moyenne (Sur l'emploi de la), par <b>E. Morpurgo</b> . . . . .	90
Tricophytie du conduit auditif externe (De la), par <b>L. Bar</b> . . . . .	437
Tuberculose de l'oreille (Prophylaxie et traitement de la), par <b>G. Gradenigo</b> . . . . .	71
Tuberculose auriculaire dans la première enfance. Prophylaxie et traitement, par <b>T. Licci</b> . . . . .	77
Tuberculose dans les suppurations auriculaires chroniques (Sur le diagnostic de la), par <b>G. Ferreri</b> . . . . .	78
Tumeurs de l'encéphale (Importance diagnostique du syndrome otitique auditivo-vertigineux dans les), par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	99
Vertige de Ménière (Un cas de), par <b>Brocard</b> . . . . .	91
Vertige de Ménière, névralgie et tic douloureux de la face (L'application de la méthode dite de la dose suffisante au traitement de quelques maladies du système nerveux, formes graves et associées de la migraine), par <b>Gilles de la Tourette</b> . . . . .	412

## Nez et Sinus.

	Pages
Adéno-carcinome nasal (Observation d'), par <b>J. E. Newcomb</b> . . . . .	186
Aérothermie dans quelques affections nasales (Du traitement par l'), par <b>L. Lichtwitz</b> . . . . .	337
Aérothermie en général et plus particulièrement en rhinologie (Du traitement par l'), par <b>Menier</b> . . . . .	606
Affections oculaires et nasales (Sur les rapports des), par <b>G. Scheff</b> . . . . .	167
Affections de la région ethmoïdale du nez en rapport avec l'asthme, par <b>H. L. Swain</b> et <b>F. H. Bosworth</b> . . . . .	190
Affections naso-pharyngiennes (Traitement nasal des), par <b>P. J. Mink</b> . . . . .	209
Angio-fibrome du nez et du pharynx (Deux cas d'), par <b>Ebstein</b> . . . . .	166
Aprosexie chez les enfants (De l'), par <b>Brosius</b> . . . . .	65
Asthme (Traitement de l'), par <b>H. Braat</b> . . . . .	208
Atlas des maladies du nez, par <b>R. Krieg</b> . . . . .	86
Atrophie rare de l'aile du nez, par <b>R. Lake</b> . . . . .	487
Cancer épithélial primitif du sinus maxillaire, par <b>L. Lichtwitz</b> . . . . .	322
Cloisons et poches de l'antre d'Highmore (Importance au point de vue opératoire des), par <b>J. O. Roe</b> . . . . .	192
Congrès international de médecine (Section de neurologie du XIII <sup>e</sup> ) . . . . .	65
Corps étranger (bille) du pharynx nasal, par <b>Derenberg</b> . . . . .	299
Coryza; polypes nasaux; extraction suivie d'ethmoïdite; curetage; guérison, par <b>Wilson-Prévost</b> . . . . .	319
Dissection du naso-pharynx, par <b>M. Scheier</b> . . . . .	319
Empyème chronique du sinus maxillaire droit guéri par le traitement conservateur, par <b>Weill</b> . . . . .	169
Empyème aigu des sinus frontaux et ethmoïdaux avec propagation orbitaire (Un cas d'), par <b>Ebstein</b> . . . . .	157 et 170
Empyèmes chroniques de l'antre d'Highmore, opérés par la méthode Caldwell-Luc, par <b>A. W. de Roaldès</b> . . . . .	188
Empyèmes des sinus de la face (Bactériologie des), par <b>G. Stanculeanu</b> et <b>F. Baup</b> . . . . .	321
Empyème frontal se déversant dans le sinus maxillaire (Nouveau cas d'), par <b>F. Furet</b> . . . . .	322
Empyème de l'antre avec phlegmon orbitaire consécutif (23 cas d'), par <b>J. Weltert</b> . . . . .	493
Epaississement du nez, par <b>W. Hill, Saint-Clair Thomson</b> et <b>A. Thorne</b> . . . . .	483 et 484
Examen anatomique du nez (Nouvelle méthode d'), par <b>G. Brühl</b> . . . . .	306
Examen du sang; formule hématologique chez les adénoïdiens, après l'opération, par <b>L. Lichtwitz</b> et <b>J. Sabrazès</b> . . . . .	319
Exostose éburnée de la narine gauche et de l'orbite, par <b>O. Chiari</b> . . . . .	173
Exploration des fosses nasales et des sinus (Un cas d'application des rayons X à l'), par <b>Mignon</b> . . . . .	321
Fibrome polylobaire rhino-pharyngien extrait par les voies naturelles, par <b>G. Isaia</b> . . . . .	80
Fibromes naso-pharyngiens extraits par les voies naturelles, par <b>E. Escat</b> . . . . .	319
Formaldéhyde employé dans la spécialité, par <b>H. Braat</b> . . . . .	208
Hémoptysies d'origine naso-pharyngienne (Pseudo), par <b>R. Boyey</b> . . . . .	55

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

631

Pages

Hypertrophie nasale, probablement tuberculeuse, chez une adolescente, par <b>R. Mongardi</b> . . . . .	76
Infection respiratoire au niveau des fosses nasales (Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'), par <b>P. Viollet</b> . . . . .	318
Lupus des muqueuses des voies aériennes supérieures (Le), par <b>E. Félix</b> . . . . .	409
Lupus nasal (Traitement chirurgical du), par <b>F. Schultze</b> . . . . .	216
Lymphangiosarcome (endothéliome intra-lymphatique, développé dans un polype muqueux du nez, par <b>J. Broeckaert</b> . . . . .	605
Maladies du nez (Diagnostic et traitement des), par <b>J. Garel</b> . . . . .	310
Néoplasmes du sinus sphénoïdal (Sur les), par <b>G. Ferreri</b> . . . . .	31
Olfactomètre (Nouvelle méthode pour nettoyer l'), par <b>H. Zwaardemaker</b> . . . . .	218
Polypes du nez occupant une étendue considérable, suppuration consécutive des sinus frontaux, ostéomyélite suppurée de l'os frontal avec abcès antérieur sous-périostal, et à l'intérieur du crâne, méningite suppurée et encéphalite, par <b>Roth</b> . . . . .	158
Polypes de l'autre d'Highmore gauche, par <b>Harmer</b> . . . . .	160
Polypes du nez (Sur les concrétions hyalines des), par <b>B. Lewy</b> . . . . .	305
Rhinite ulcéreuse et cal de la portion nasale droite du maxillaire inférieur chez une tuberculeuse, par <b>A. Thorne</b> . . . . .	499
Rhinite chronique atrophique (De la), par <b>L. Brandt</b> . . . . .	493
Rhinolithe, par <b>Schoetz</b> . . . . .	299
Sarcome primitif du nez, par <b>A. Scott-Worthing</b> . . . . .	607
Sclérome des voies respiratoires supérieures (Un cas de), par <b>Bunzl-Federn</b> . . . . .	606
Sinusite frontale avec rupture spontanée (Observation de), par <b>D. B. Kyle</b> . . . . .	492
Sinusites frontales et maxillaires (Traitement opératoire de plusieurs cas de), par <b>F. W. Hinkel</b> . . . . .	493
Sinusites frontales et maxillaires (Opérations radicales de), par <b>W. P. Meyjes</b> . . . . .	214
Sinusite frontale (Remarques sur l'opération de la), par <b>F. Suarez de Mendoza</b> . . . . .	321
Sinusite sphénoïdale chronique (La), par <b>F. Furet</b> . . . . .	594
Sinusite maxillaire grave chez un nouveau-né, par <b>A. Castex</b> . . . . .	603
Sinusites frontales (Considérations générales sur le traitement des), par <b>R. Etiévant</b> . . . . .	608
Sinusites frontales, par <b>A. O. Pfingst</b> et <b>W. Downie</b> . . . . .	608 et 609
Syphilis tertiaire, par <b>A. Rosenberg</b> . . . . .	300
Tuberculose végétante du nez, par <b>U. Martini</b> . . . . .	76
Tumeur du nez, par <b>Cresswell Baber</b> . . . . .	497
Tumeur de la fosse nasale, par <b>Finder</b> . . . . .	303
Ulcérations étendues du nez et du pharynx, par <b>Weil</b> . . . . .	469

## Bouche et Pharynx.

Abcès péri-tonsillaires compliqués de phlébite septique avec thrombus (2 cas d'), par <b>M. R. Ward</b> . . . . .	188
Abcès péri-tonsillaires, par <b>G. A. Leland</b> . . . . .	189
Abcès péri-tonsillaires associés à la diphthérie (Observations d'), par <b>Hubbard</b> . . . . .	189

	Pages
Abcès amygdaliens. Diagnostic et traitement, par <b>E. J. Moure</b> .	602
Calcul de l'amygdale, par <b>H. van Anrooy</b> .	215
Carcinome de la base de la langue, par <b>B. Fraenkel</b> .	302
Corps étranger enclavé dans le pharynx depuis quatre mois.	
Radio-scopie. Extraction, par <b>Gh. Ferreri</b> .	527
Ecchymose du pharynx après morcellement des amygdales, par <b>J. Cousteau</b> .	565
Fibro-lipome de la base de la langue, par <b>E. F. Ingals</b> .	191
Fibrome de la paroi pharyngée postérieure dans la portion inférieure du pharynx, par <b>O. Chiari</b> .	162
Lavages de la bouche après l'extraction des dents (Contre le), par <b>L. Brandt</b> .	493
Lipôme de l'amygdale, par <b>T. A. de Blois</b> .	190
Maladies du pharynx pendant les périodes gréco-romaines byzantine et arabe (Contribution à l'histoire des), par <b>C. Chauveau</b> .	348 et 568
Paralysie unilatérale du voile du palais, du pharynx et du larynx, par <b>H. Tilley</b> .	193
Paralysie du voile palatin, par <b>Zander</b> .	299
Pharynx. Anatomie et physiologie, par <b>C. Chauveau</b> .	218
Pulsation de la paroi pharyngienne postérieure, par <b>J. Herzfeld</b> .	304
Suppurations aiguës des amygdales linguales, par <b>J. L. Goodale</b> .	189
Syphilis pharyngée tertiaire (Contribution à l'étude de la), par <b>A. Huysman</b> .	212
Tuberculose de la bouche et du conduit auditif (Contribution à la thérapeutique de la), par <b>G. Isala</b> .	76
Tumeurs malignes du pharynx, nez et larynx (De l'emploi de l'acide chromique en solution au demi dans le traitement des), par <b>Hamon du Fougeray</b> .	28
Tumeur palatine, par <b>Bond</b> .	199
Tumeur sarcomateuse du pharynx nasal, par <b>Saint-Clair Thomson</b> .	199
Tumeur de la glande sublinguale, par <b>J. Herzfeld</b> .	302
Ulcérations étendues de la bouche, du pharynx et du larynx par <b>Weil</b> .	168
Ulcération sanieuse du pharynx, par <b>C. J. Symonds</b> .	196

### Larynx et Trachée.

Académie médico chirurgicale de Madrid.	183
Aphonie hystérique avec occlusion de la glotte fausse et vraie au moment de la tentative de phonation, par <b>Roth</b> .	182
Association laryngologique américaine (Discours d'ouverture de la 21 <sup>e</sup> session de l'), par <b>W. E. Casselberry</b> .	185
Cancer du larynx (Indications opératoires dans le), par <b>A. Gouguenheim et E. Lombard</b> .	23
Canules à trachéotomie (Quelques mois sur mes nouvelles), par <b>R. Botey</b> .	62
Chondromes de la lame du cartilage thyroïde, par <b>Alexander</b> .	301
Corps étranger de la trachée, par <b>W. Schutter</b> .	211
Dysphagie tuberculeuse (Pathogénie et traitement de la), par <b>S. Genta</b> .	75
Epithélioma du larynx causant la paralysie double des abducteurs, par <b>C. Beale</b> .	198



	Pages
Epithélioma du repli ary-épiglottique gauche, par <b>W. Win- grave</b> . . . . .	486
Fibro-papillome de la corde vocale, par <b>Dundas Grant</b> . . . .	488
Granulome de la corde vocale droite sur lequel on constate l'existence de bacilles de Koch, par <b>Mongardi</b> . . . . .	76
Hémianesthésie avec hémiplegie laryngée simultanée, par <b>W. Schutter</b> . . . . .	211
Ictus laryngé (Un cas d'), par <b>W. P. Meyjes</b> . . . . .	206
Insuffisance respiratoire chez des névropathes. Troubles de la voix parlée et chantée. Traitement par la gymnastique respi- ratoire (Faux adénoïdisme par), par <b>M. Natier</b> . . . . .	604
Intubation chez les nourrissons. Retrait du tube par la mé- thode de Bayeux (Nouveaux cas d'), par <b>F. Egidi</b> . . . . .	81
Intubation prolongée (Observation exceptionnelle d'), par <b>D. Tanturri</b> . . . . .	81
Intubation pour corps étranger du larynx, par <b>L. Ajello</b> . . . .	80
Lésions parasyphilitiques du larynx (2 cas de), par <b>F. Massei</b> . .	483
Lymphangiome de la corde vocale, par <b>F. Potter</b> . . . . .	483
Nodules vocaux (Multiplicité des), par <b>C. Compairod</b> . . . . .	602
Oedème inflammatoire aigu et abcès du larynx, par <b>Lubet- Barbon</b> . . . . .	175
Papillomes du larynx guéris spontanément, par <b>A. Heindl</b> . .	194
Papillomes obstruant le larynx, par <b>Pernewan</b> . . . . .	178
Paralysie de l'accessoire gauche, par <b>A. Heindl</b> . . . . .	194
Paralysie générale avec paralysie de la moitié gauche du larynx, par <b>J. Horne</b> . . . . .	195
Paralysie complète d'une corde vocale, par <b>Saint-Clair Thom- son</b> . . . . .	203
Paralysie récurrentielle et excision du crico-aryténoïdien posté- rieur, par <b>H. Burger</b> . . . . .	212
Paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs dans la syringomyélie, par <b>A. Huysman</b> . . . . .	534
Paralysie combinée du larynx et du voile du palais. Etude sur l'innervation motrice du larynx et du pharynx, par <b>C. M. Desvernine</b> . . . . .	489
Périchondrite du larynx, par <b>S. Spicer</b> . . . . .	75
Péronine, nouvel anesthésique local pour le traitement des acci- dents tuberculeux du larynx, par <b>V. Grazi</b> . . . . .	74
Phtisie laryngée (Nouveaux remèdes pour le traitement de la), par <b>A. Fasano</b> . . . . .	75
Phtisie laryngée (Quelques considérations sur le traitement local de la), par <b>P. Masucci</b> . . . . .	75
Phtisie dans ses rapports avec la tuberculose laryngienne (La prophylaxie actuelle de la), par <b>P. Masucci</b> . . . . .	74
Phtisiques (Recherches expérimentales sur le pouvoir infectant de l'air expiré par les), par <b>G. Masini</b> . . . . .	424
Résection de la trachée (Sur la), par <b>O. Frankenberger</b> . . . .	198
Rétrécissement du larynx consécutif à la diphthérie, traité avec succès par la dilatation, par <b>L. Lack</b> . . . . .	221
Sclérome de la trachée. avec remarques sur la valeur de l'étude systématique de cette maladie en général (Contribution à l'étude du), par <b>H. von Schrötter</b> . . . . .	194
Sclérose disséminée avec paralysie de la moitié gauche du la- rynx et du voile du palais, par <b>J. Horne</b> . . . . .	67
Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie. Compte- rendu du 5 <sup>e</sup> Congrès, par <b>G. Gradenigo</b> . . . . .	157
Société viennoise de laryngologie. Comptes rendus . . . . .	201
Société néerlandaise de laryngologie, rhinologie et otologie. Compte-rendu . . . . .	

*Voir Sarcophages pleet, lant  
piqueur*

	Pages
Société berlinoise de laryngologie. Comptes-rendus . . . . .	299
Société laryngologique de Londres. Comptes-rendus . . . . .	193 et 483
Spasme glottique hystérique, par <b>O. Chiari</b> . . . . .	175
Stridor laryngé congénital des nourrissons (Contribution à l'étude du), par <b>P. Bruder</b> . . . . .	310
Syphilis laryngienne, par <b>C. J. Symonds et Stewart</b> . . . . .	196
Traumatisme laryngien, par <b>H. von Anrooy</b> . . . . .	215
Tuberculose des premières voies respiratoires (Prophylaxie et traitement de la), par <b>F. Massei</b> . . . . .	67
Tuberculose des premières voies respiratoires et de l'oreille (Sur l'anatomie pathologique et la bactériologie de la), par <b>G. Martuscelli</b> . . . . .	70
Tuberculose : sa prophylaxie pour le laryngologiste, par <b>V. Grazi</b> . . . . .	75
Tuberculose laryngée primitive, par <b>V. Garzia</b> . . . . .	76
Tuberculose laryngée (Cires reproduisant, d'après l'Ecole napolitaine, des formes de), par <b>D. Tanturri</b> . . . . .	76
Tuberculose pulmonaire avec localisations bacillaires sur les premières voies respiratoires et dans l'oreille, traitée dans les sanatoria d'altitude et marin, par <b>V. Cozzolino</b> . . . . .	77
Tuberculose laryngée (3 cas rares de), par <b>Harmer</b> . . . . .	179
Tuberculose du larynx. Laryngectomie partielle. Trachéotomie (Du traitement chirurgical de la), par <b>N. Taptas</b> . . . . .	453
Tubes à intubation pour enfants et adultes, par <b>R. Borgoni</b> . . . . .	82
Tumeur épiglottique spéciale, par <b>G. Prota</b> . . . . .	80
Tumeurs malignes du larynx et leur traitement radical (Les), par <b>J. Sendziak</b> . . . . .	87
Tumeur trachéale (Un cas de), par <b>W. Schutter</b> . . . . .	210
Tumeur laryngienne, par <b>Brondgeest</b> . . . . .	212
Tumeur de la commissure antérieure du larynx, par <b>H. Mackenzie</b> . . . . .	485
Tumeur probablement kystique de la corde vocale, par <b>J. Dundas Grant</b> . . . . .	487
Tumeur maligne extra-laryngienne, par <b>Waggett et Stewart</b> . . . . .	489
Ulcération syphilitique (Épiglotte adhérent complètement à la base de la langue après la guérison d'une), par <b>Rischawy</b> . . . . .	165
Voix dite américaine. Est-elle due au catarrhe ou à d'autres troubles des voies aériennes supérieures, par <b>J. W. Farlow</b> . . . . .	185

#### Esophage. — Corps thyroïde. — Varia.

Argyrie (Phénomènes d'), par <b>Schoetz</b> . . . . .	299
Bégaiement (Méthodes employées pour le traitement du), par <b>G. H. Makuen</b> . . . . .	188
Bègues (Graphiques recueillis sur des), par <b>Zwaardemaker</b> . . . . .	202
Carcinome de la glande thyroïde (Métastase à la base du crâne avec pénétration dans le nez d'un), par <b>Harmer</b> . . . . .	163
Carcinome du médiastin antérieur chez un malade atteint de scoliose du larynx, par <b>W. P. Meyjes</b> . . . . .	207
Congrès international d'hygiène et de démographie . . . . .	66
Corps étranger (clou) fixé dans la bronche droite depuis deux mois. Diagnostic par la radiographie. Ablation avec l'électroaimant. Guérison, par <b>J. Garel et Goullioud</b> . . . . .	135
Corps étranger des bronches extrait à travers l'ouverture trachéale, par <b>A. Coolidge</b> . . . . .	187

# TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

635

	Pages
Diphthérie (Traitement et prophylaxie de la), par <b>Louis Martin</b> . . . . .	66
Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage, par <b>P. Sébileau et E. Lombard</b> . . . . .	1
Os copulaire hyo-thyroidien (Sur un), par <b>P. Sébileau</b> . . . . .	333
Phonogrammes (Appareil pour examiner les), du Dr Boeke d'Alkmaar, présenté par <b>Zwaardemaker</b> . . . . .	218
Refroidissement, par <b>G. V. Woolen</b> . . . . .	192
Tumeur située dans le bas du triangle carotidien, par <b>de Santi</b> . . . . .	195

## Variétés.

Chirurgie et médecine d'autrefois, par <b>P. Hamonic</b> . . . . .	308
Contemporain de Daviel. Les œuvres de Pierre François Bénézet Pamard, chirurgien et oculiste (1728-1793), éditées par <b>A. Pamard et Pansier</b> . . . . .	308
Discours prononcé à l'inauguration du monument élevé à la mémoire du Prof. Ch. Delstanche, à Bruxelles, par <b>E. Ménière</b> . . . . .	325

## Indications bibliographiques.

**Pharynx et Varia.** — 322, 413.

JUL 17 1910

---

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DUSSIÈRE.

---

# Societies Savantes

- Allemagne, Otal & Prof. De la science  
 Munich, 1899 p 306  
 Amer. Large Assoc. Chir. 1899 p 185  
 Amer. Biol. Assn. New Haven 1899 p 397  
 Berlin Large Soc. June July  
 Nov Dec 1899, Jan Feb 1900 p 299  
 French Soc. of Nat. Hist. 1901 p 594  
 Internat. Congress. Hygiene, Paris 1900 p 56  
 Internat. Neurology " " p 55  
 Italian Congress of Nat. Hist. 1900 p 67  
 London Lat. Soc. June 1899 p 193  
 " " Nov 1899 p 483  
 Madrid de Med. Chir. Med. 1899 p 183  
 Netherlands Soc. Nat. Hist., Utrecht 1899 p 201  
 Vienna Lat. Soc. Med. April  
 May June Dec 1899, Jan Feb 1900 p 157  
 Vienna Med. Soc. Nov 1899 p 490